

ISSN 1819-0464

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2020
приложение

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

научно-практический журнал

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

scientific practical journal

UNIVERSITY CLINIC

2020, приложение

Главный редактор

Игнатенко Г.А.

Зам. главного редактора

Колесников А.Н.

Ответственный секретарь

Смирнов Н.Л.

Редакционная коллегия

Абрамов В.А. (Донецк)

Васильев А.А. (Донецк)

Ватутин Н.Т. (Донецк)

Джоджуа А.Г. (Донецк)

Дубовая А.В. (Донецк)

Клемин В.А. (Донецк)

Коктышев И.В. (Донецк)

Луцкий И.С. (Донецк)

Налетов С.В. (Донецк)

Оприщенко А.А. (Донецк)

Чурилов А.В. (Донецк)

Редакционный совет

Батюшин М.М. (Ростов-на-Дону)

Вакуленко И.П. (Донецк)

Городник Г.А. (Донецк)

Григоренко А.П. (Белгород)

Каливрадзиян Э.С. (Воронеж)

Крутиков Е.С. (Симферополь)

Кувшинов Д.Ю. (Кемерово)

Кулемзина Т.В. (Донецк)

Мухин И.В. (Донецк)

Обедин А.Н. (Ставрополь)

Седаков И.Е. (Донецк)

Селезнев К.Г. (Донецк)

Слепушкин В.Д. (Владикавказ)

Тотиков В.З. (Владикавказ)

Шемонаев В.И. (Волгоград)

Щербинин А.В. (Донецк)

ISSN 1819-0464

Университетская Клиника
научно-практический журнал**University Clinic**
scientific practical journal

2020, приложение

Учредитель журналаГОО ВПО «Донецкий
национальный медицинский
университет имени М. Горького»**Свидетельство о регистрации
средства массовой информации**

ААА № 000167 от 16.10.2017 г.

Издатель журналаГОО ВПО «Донецкий
национальный медицинский
университет имени М. Горького»**Адрес редакции и издателя**

83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций (Приказ МОН ДНР № 1466 от 26.12.2017 г.)

Журнал зарегистрирован и индексируется в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ), Google Scholar, Ulrich's Periodicals Directory, Index Copernicus International (ICI)

Рекомендовано к изданию
Ученым советом
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Подписано в печать 02.11.2020

Формат 60×84/8.

Гарнитура PT Serif, PT Sans

Тираж 100 экз.

Распространяется бесплатно

Представленные к печати материалы не рецензировались, публикуются в авторской редакции, сохранена орфография и пунктуация оригинала. Авторы несут ответственность за достоверность и точность предоставленной информации. Внесенные редакцией исправления касаются исключительно оформления публикаций.

Материалы
Международного медицинского форума Донбасса
«Наука побеждать... болезнь»
12-13 ноября 2020 года

Аблова Р.С., Любезная Ю.А.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Актуальность

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – хроническая форма прогрессирующей недостаточности мозгового кровообращения с многоочаговым и/или диффузным поражением головного мозга. Одним из основных симптомов ДЭ является головная боль (ГБ). ГБ может быть нейропатического происхождения, то есть возникать из-за патологического возбуждения чувствительных нейронов. Качественная оценка характера головной боли, помогает выбрать направление в терапии.

Цель исследования

Оценить характер головной боли пациентов с ДЭ 2 степени при помощи опросника боли «PAIN DETECT», опросников DN4, HART Index [1].

Материалы и методы исследования

Было обследовано 50 пациентов с ДЭ 2 степени в возрасте от 55 до 92 лет, находившихся на лечении во 2-ом неврологическом отделении ГОГИОВ. Средний возраст обследованных – 74 года. Исследование проводилось с помощью опросника боли «PAIN DETECT», опросников DN4, HART Index.

Опросники PAIN DETECT и DN4 позволяют дать оценку характера головной боли, выявить нейропатический компонент боли. С помощью опросника HART Index мы оценили ответ на лечение головной боли.

Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием пакета прикладных программ «Statistica 12.0» (StatSoft, США).

Результаты

С помощью опросника боли «PAIN DETECT» были получены следующие данные: у 78% пациентов нейропатический компонент боли не выявлен, 16% имеют неопределенный результат и у 6% определяется выраженный нейропатический компонент боли и у 2% – невозможно оценить.

С помощью опросника боли DN4 нами были получены следующие данные: 80% пациентов не имеют боли нейропатического характера, у 18% определяется нейропатический компонент головной боли и 2% – нет возможности оценить.

С помощью опросника HART Index мы оценивали, какая часть пациентов принимает препараты для снятия головной боли и какому количеству они помогли. При нейропатической боли НПВС не эффективны. Нами были получены следующие результаты: 66% пациентов с ДЭ 2 самостоятельно принимают препараты для снятия ГБ. 67% из них данные препараты помогают, 24% помогают редко, 9% не помогают вообще.

Выводы

По результатам опросников PAIN DETECT и DN4 76-80% пациентов с ДЭ 2 не имеют нейропатического компонента боли. Отсутствие нейропатического компонента головной боли подтверждается результатами опросника HART: 67% пациентов с ДЭ 2 помогает прием препаратов для снятия головной боли.

Абрамов В.Ал., Соловьева М.А., Мельниченко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У ЛИЦ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Эмпатия – иррациональное понимание другой личности, ощущение ее внутреннего мира,

умение частично испытать те же эмоции, что у собеседника, одновременно отделяя их от соб-

ственного восприятия. Другими словами, эмпатия это осознанное сопереживание другому человеку в его эмоциональном состоянии. Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков, поэтому этот феномен следует воспринимать ни как сочувствие или переживание, а как вчувствование, соучастие в эмоциях другого, разделение их или как эмпатийное взаимодействие, использующее так не функциональные механизмы как идентификация, понимание и рефлексия. Медицина является той сферой деятельности человека, где преобладают негативные эмоциональные состояния. Больные ждут от медицинского персонала сочувствия, заботливости, что требует проявления эмпатийности. Эмпатия как личностная особенность является профессионально необходимым качеством каждого медицинского работника. Оказание качественной медицинской помощи невозможно при низком уровне развития эмпатии.

Цель работы: оценить уровень эмпатии у сотрудников психиатрических учреждений.

Материал и методы исследования: Нами было интервьюировано 57 сотрудников психиатрических больниц г. Донецка, оказывающих специализированную психиатрическую помощь населению.

Для оценки уровня эмпатических способностей нами использовалась методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В.Бойко. Методика состоит из 36 утверждений, на которые испытуемым предлагается ответить либо

«Да» либо «Нет». Всего методика позволяет оценить 6 шкал эмпатических способностей: рациональный канал эмпатии; эмоциональный канал эмпатии; интуитивный канал эмпатии; установки, способствующие эмпатии; проникающая способность к эмпатии; идентификация в эмпатии, а также суммарный показатель эмпатии. Шкальные оценки выполняют вспомогательную роль в интерпретации основного показателя – уровня эмпатии.

Суммарный показатель может изменяться от 0 до 36 баллов. По предварительным данным, считают: 30 баллов и выше – очень высокий уровень эмпатии; 29-22 – средний уровень, 21-15 – заниженный, менее 14 баллов – очень низкий.

Анализируя данные, полученные в ходе исследования, было выявлено, что у 5 испытуемых (8,8%), у 17 респондентов (29,8%) наблюдался средний уровень эмпатии, заниженный уровень эмпатических способностей был выявлен у 23 испытуемых (40,3%), очень низкий уровень эмпатии был выявлен у 12 респондентов (21,1%).

Данное исследование в полной мере обосновывает необходимость разработки и внедрения методик, направленных на формирование и повышение уровня эмпатических способностей у лиц оказывающих специализированную психиатрическую помощь населению, поскольку эмпатия, является одним из важнейших качеств современного медицинского работника, не обладая которой, он не может в полной мере, оказывать качественную, высокопрофессиональную медицинскую помощь.

Абрамова Ю.Г., Пруцев К.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НЕКРСЕКВЕРСТРЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ»

Лечение пациентов с такой патологией поджелудочной железы как острый панкреатит на данный момент является трудной и достаточно актуальной проблемой медицины. По частоте госпитализаций пациенты с данным ургентным состоянием занимают первое место в мире. Инфицированный панкреонекроз развивается у 45-70% больных с тяжёлым острым панкреатитом и является основным фактором риска летального исхода при панкреонекрозе. Несмотря на значительные успехи в проводимых диагностике и лечении этой категории пациентов общая ле-

тальность при инфицированном панкреонекрозе доходит до 84%.

Цель исследования. Определить целесообразность, объем хирургических вмешательств и приоритетный оперативный доступ для улучшения результатов лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

Материалы и методы. Обследовано 24 больных с диагнозом «инфицированный панкреонекроз», которые находились на стационарном лечении в хирургическом отделении ИНВХ им. В.К. Гусака города Донецка с 2017 по 2019 годы.

Диагноз «инфицированный панкреонекроз» устанавливался на основе уровня ферментов в крови (амилаза, липаза), С-реактивного протеина, прокальцитонина, фибриногена, бактериоскопии и бакпосева аспирата, УЗИ-исследования органов брюшной полости. Первой группе, состоящей из 13 пациентов, проводились лапароскопические операции с ретроперитонеоскопическими санациями забрюшинной клетчатки при ее флегмоне, а также некрсеквестрэктомии. Второй группе, состоящей из 11 пациентов, провели «открытую» лапаротомию с некрсеквестрэктомией, санацией и дренированием салниковой сумки.

Результаты исследования. Средний срок пребывания в хирургическом отделении пациентов первой группы – $65 \pm 3,5$ дня, второй – $85 \pm 2,3$ дня. Летальность составила в первой группе 3

человека (23,1%), во второй – 3 (27,3%). В первой группе псевдокисты поджелудочной железы сформировались у 2 пациентов (15,4%), наружный панкреатический свищ у 1 пациента (7,7%). Во второй 4 (36,4%) и 3 (27,3%) соответственно.

Выводы. Таким образом, в некоторых случаях с продолжающимся ухудшением общего состояния пациента с инфицированным панкреонекрозом и клинической декомпенсацией операция может стать необходимой. На основании полученных данных можно прийти к выводу, что использование малоинвазивных технологий, в частности лапароскопического доступа, позволяет снизить смертность и количество послеоперационных осложнений некрсеквестрэктомии при инфицированном панкреонекрозе.

Авксентьева А.М.

ГОУ ВПО «Горловский институт иностранных языков»

ЦИТИРОВАНИЯ КАК ФОРМА ПРОЯВЛЕНИЯ ИНТЕРТЕКСТУАЛЬНОСТИ В ЗАГОЛОВОЧНЫХ КОМПЛЕКСАХ МАСС-МЕДИА

К важным аспектам изучения современного медиатекста относится его рассмотрение как открытого феномена по отношению к обществу, культуре и другим текстам, что предполагает анализ явления интертекстуальности и форм его проявления: цитирований, аллюзий, реминисценций. Цель нашего исследования – описание цитирований в составе заголовочного комплекса современных масс-медийных интернет-изданий. Под заголовочным комплексом мы понимаем сам заголовок и его компоненты: надзаголовок, рубрика, подзаголовок, вкладки. Материалом исследования послужили заголовочные комплексы интернет-версий ежедневных изданий «Российская газета» и «The Guardian».

В широком смысле интертекстуальность понимается как открытость текста по отношению к действительности и к другим текстам (работы Ю. Кристевой, Р. Барта и др.). Интертекстуальные элементы активно функционируют в текстах современных масс-медиа. Одним из наиболее распространённых приёмов проявления интертекстуальных связей в заголовочных комплексах медиатекстов является цитирование. Заголовочный комплекс и его компоненты выступают первым «знаками текста», с которыми знакомится читатель, поскольку именно заголовочный комплекс и его компоненты активизируют восприятие читателя и направляет его внимание на то, что будет излагаться далее. Эффективность ис-

пользования цитирования зависит от степени известности текста, от фоновых знаний читателя, а также от его умения распознавать текст в тексте. Поэтому цитированные тексты, как правило, являются прецедентными и хорошо известными широкой аудитории.

Особенностью использования цитат в составе заголовочных комплексов современных масс-медиа является их маркированность, т.е. указание на авторство цитаты. Если мы обратимся к интернет-версии газеты «The Guardian», то увидим наличие заголовков, в которых цитата маркируется именем автора. При этом кавычки, как правило, опускаются, а прямая речь графически не выделяется из контекста. Ср.: Paul Nuttall says party must stay strong amid squabbles («The Guardian», June 24, 2019); Reunification referendum would be dangerous, says Bertie Ahern («The Guardian», June 24, 2019).

В интернет-версии «Российской газеты» встречаются маркированные авторские цитаты без кавычек, оформленные, например, с помощью двоеточия. Ср.: Захарова: Слова Зеленского о Второй мировой войне переходят все границы («Российская Газета», 30 января 2020). Благодаря тому, что автор высказывания эксплицитно выражен, усиливается важный атрибут информационно-новостных ресурсов – эффект достоверности, объективности и точности изложения события или факта.

В составе заголовочных комплексов встречаются немаркированные цитаты, выделяемые кавычками без ссылки на авторство. Например: 'Voters deserve no soundbites' («The Guardian», April 30, 2017); May thinks she can 'bark orders' at other leaders («The Guardian», May 02, 2017); Варшаву возмутило упоминание 'польского концлагеря' в издании Ватикан («Российская Газета», 02 августа 2016). Данный способ оформления цитат также направлен на передачу достоверной

и объективной информации, способствует реализации воздействующей функции, привлекает внимание читателя к тексту публикации.

Итак, цитирования в заголовочных комплексах современных масс-медийных ресурсов могут подвергаться структурным изменениям и использоваться для информирования, повышения объективности и достоверности публикаций, привлечения внимания, формирования эмоционально-экспрессивного фона.

Агарков А.В., Киреев А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького», г. Донецк, ДНР

АРТРОЗЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ДОНБАССА: ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ

Актуальность. Среди современного населения Донбасса активно распространяются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, среди которых особо высокое распространение характерно для артрозов. Эта нозологическая форма распространена среди всех возрастных и социальных групп населения, но наиболее значимый уровень артрозов отмечается среди взрослого населения.

Цель: заключается в изучении частоты возникновения и распространения артрозов среди взрослого населения современного Донбасса

Задачи: изучить частоту возникновения и распространенность артрозов в современном Донбассе

Материалы и методы: Изучение частоты возникновения и распространения артрозов среди взрослого (18 и более лет) населения

Результаты исследований. Показатель частоты возникновения первичных случаев артрозов среди взрослого населения Донбасса находится в настоящее время в пределах 54,83 случаев на 10000 человек, что на 25,2% случаев выше от среднерегionalного показателя артрозов.

Показатель распространенности артрозов составляет среди взрослого населения Донбасса 454,66 случаев на 10000 человек, что выше от среднерегionalной величины на 15,9% случаев. Следовательно, это свидетельствует о высокой уязвимости взрослого населения Донбасса такой патологии как артрозы. Причем, высокий показатель частоты возникновения первичных случаев артрозов указывает на большую исходную восприимчивость взрослого населения данной тяжелой патологии. В тоже время, высокий показатель распространенности артрозов, свидетельствует об интенсивности накопления данной патологии среди населения за счет, пре-

жде всего процессов хронизации этой болезни, а также не эффективной технологии лечения и первичной профилактики артрозов.

Выводы:

1.Современные показатели частоты возникновения первичных случаев артрозов среди взрослого населения Донбасса составляют 54,83% случаев на 10000 человек.

2. Показатели распространения артрозов среди взрослого (18 и более лет) населения находятся в пределах 454,66 случаев на 10000 человек.

3.В современной структуре болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани по частоте возникновения первичных случаев болезней первые три позиции занимают дорсопатии и спондилопатии (1-е место, 47,42% случаев), артрозы (2-е место, 26,63% случаев) и деформирующие артрозы (3-е место, 16,53% случаев). В структуре болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани по показателю распространенности на 1-е ранговое место среди взрослого населения Донбасса выходят артрозы (38,30% случаев).

4.Двенадцатилетняя современная динамика артроза по показателю первичных случаев заболеваний имеет выраженную волновую природу, а показатель частоты возникновения снизился за 12 летний период среди взрослого населения на 11,65% случаев, тогда как показатель распространенности артроза за этот период повысился на 55,3% случаев.

5.Болезненность современного взрослого (18 и более лет) населения артрозами значительно (>55%) возросла и прогрессивно увеличивается.

Аксенова А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

СИНДРОМ ЗУДЕКА. РЕАБИЛИТАЦИЯ

Актуальность: Инвалидизация после травм дистального отдела верхней конечности по-прежнему остается актуальной проблемой здравоохранения. Синдром Зудека (комплексный регионарный болевой синдром) – патология неясного генеза, являющаяся значимым осложнением травматических повреждений конечности с развитием хронического болевого синдрома, нарушением функции, постепенной деформацией и развитием остеопороза.

Цель: Выявить эффективные методы реабилитации при синдроме Зудека в зависимости от сроков обращения к специалистам.

Материалы и методы: Проведен анализ данных литературы. На сегодняшний момент, синдром Зудека – патологический процесс дистрофического характера, который затрагивает кости, суставы, мягкие ткани, кровеносные сосуды и нервы, развивается вследствие полученной травмы конечностей. Согласно исследованиям, синдром Зудека чаще всего диагностируется при переломе лучевой кости (62%) или (около 30%) после переломов костей нижних конечностей (Витюгов И.А. и соавт., 1982; Корячкин В.А., 2014). Отмечено всего 8% случаев, когда синдром диагностировали на фоне перелома плечевой кости (A Sárközi, 1979). К появлению нейродистрофического синдрома Зудека приводит непосредственно не сам факт перелома, а некачественная помощь специалистов: некорректная фиксация конечности; тугая повязка, вызывающая компартмент-синдром; раннее прекращение иммобилизации и активные движения в первые дни после снятия гипсовой повязки (Котенко В.В., 1987; Иваничев Г.А. и соавт., 2013). Еще одна причина – это неправильная

постановка диагноза, когда перелом принимают за ушиб или растяжение связок. Лечение должно быть комплексным и должно включать в себя: медикаментозную и физиотерапию – иглоукалывание, баротерапия, лечебный и расслабляющий массаж, крио- и лазерная терапия (Шостак Н.А., 2013; Корячкин В.А., 2014). Обязательным является выполнение упражнений лечебной гимнастики под руководством специалиста.

Результаты: Проведенный анализ позволил выяснить, что:

- при обращении больных в сроки 4.5-5 месяцев после травмы, когда на первое место выходит контрактура суставов (наряду с трофическими изменениями, характерными для данного заболевания). Эффективно проводить озокеритопарафиновые аппликации с последующим электрофорезом гумизоля, йода и новокаина (тримекаина) и курс диадинамических токов 6-8 процедур, в сочетании с дарсонвализацией.

- при обращении больных через 6-7 месяцев после травмы стоит начинать лечение с проведения диадинамотерапии и дарсонвализации, как подготовительного этапа, а затем электрофорез гумизоля, тримекаина (с целью улучшения трофики тканей и уменьшения болевого синдрома), при наличии остеопороза – электрофорез кальция, а также электростимуляцию ослабленных мышц с целью улучшения функции конечности.

Выводы: Результаты лечения синдрома Зудека физиотерапевтическими методами лучше при обращении больных в сроки от 2-2,5 до 4,5-5 месяцев, при более позднем обращении нелеченых ранее больных результат лечения, как правило, неудовлетворительный.

Александровская В. Н., Бабенко А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЛИНЕЙНЫЙ И НЕЛИНЕЙНЫЙ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СЛОЖНЫХ ОБЪЕКТОВ

Актуальность данной проблематики продиктована быстрым развитием современных наук – кибернетики, синергетики, нейронаук, квантовой физики, химии и др. Линейный и нелинейный подходы – это две парадигмы изучения и

исследования объектов любой природы и сложности. В методологии науки линейный подход – это простой системный подход. Нелинейный подход – это сложный, более глубокий синергетический подход, вскрывающий причины в их

комплексе.

Так, физиологические процессы биоорганизма можно рассматривать как линейные и нелинейные (синергетические), то есть: 1) их надо рассматривать как информационную среду (в основе которой лежат сети); 2) любая физиологическая система – это не только анатомо-физиологическое линейное образование, но и нелинейная структура более глубокого порядка функционирования.

В этом своем втором качестве физиологическая система обнаруживает свои сложные нелинейные кибернетические характеристики (саморегуляция, самоорганизация, самовоспроизводство информационной среды).

Именно синергетика описывает кибернетические процессы в подобных средах. Сети в синергетическом подходе – это единицы описаний объекта, – в нашем случае сложных, невидимых, нелинейных физиологических процессов. Этот же вопрос у В. Аршинова представлен следующим образом: «Единицей описания, – пишет он, – в традиционном подходе является отдельный элемент рассматриваемой системы, – например, клетка нейрон, компьютер в сети. Единица описания в синергетике – это сеть, состоящая из клеток, нейронов, компьютеров. В обычном описании свойства приписываются индивидуальному объекту, в синергетике – ансамблям, множествам объектов. То есть, за результат работы, способность быть наделенными теми или иными свойствами «отвечают» не отдельные элементы системы, а их коллективные взаимодействия – способности, синхронизации, когерентности» [1]. Н.В. Кочубей конкретизирует эту мысль

следующим образом: если физиология биоорганизма – это сетевая информационная среда, то в ней идут процессы информационной саморегуляции и самовоспроизводства информации о состоянии биоорганизма – о его патогенезе. В этом случае сети – это единицы описания этой информации. Следовательно, необходимо создавать технологии в этом направлении, умеющие считывать информацию (какой-нибудь «физионет», «нейронет»), должен быть изобретен свой доступ в «физиосеть» по типу WWW – «всемирной паутины» [2, с. 156].

Таким образом, изучение данного материала позволяет нам сделать ряд выводов: во-первых, линейный и нелинейный подходы – это различные по сложности две ступени исследования объектов любой природы и сложности; во-вторых, оба подхода способны дополнять друг друга и в информационном режиме объективно и вовремя фиксировать нормальное и патологическое состояния физиологии в биоорганизме; в-третьих, появляется необходимость создавать соответствующие диагностические устройства; в-четвертых, линейное и нелинейное мышление является дальнейшим развитием и углублением методологии диалектического материализма.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Аршинов В.И. Методология сетевого мышления / В.И. Аршинов, Ю.А. Данилов, В.В. Тарасенко. – Режим доступа: [www. – Synergetic.ru](http://www.synergetic.ru)
2. Кочубей Н.В. Синергетические концепты и нелинейные контексты: монография / Н.В. Кочубей. – Сумы: Университетская книга, 2009. – 236 с.

Александровская В. Н., Бабенко А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОД СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ФИЛОСОФИИ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИНАХ

В философии «система – это внутренне организованная на основе того или иного принципа целостность, в которой все элементы настолько тесно связаны друг с другом, что выступают по отношению к окружающим условиям и другим системам как нечто единое» [1, с. 179]. Философия квалифицирует системы как простые и сложные. В сложных системах каждый элемент сам рассматривается как система. Для философии системы – это: живой организм, кибернетическое устройство (киберсистема), общество, Вселенная, атом, научная теория и др.

В отечественную физиологию понятие «си-

стема» впервые было введено И.П. Павловым, когда в своей работе «Ответ физиолога психологам» он указывал на то, что «человек есть, конечно, система (грубее говоря, машина)», а «метод изучения системы человека тот же, как и всякой другой системы, – разложение на части, изучение значения каждой части, изучение связи частей, изучение соотношения с окружающей средой и, в конце концов, понимание на основании всего этого ее общей работы и управление ею» [2, с. 17].

В отечественной науке огромную работу по исследованию систем биоорганизма провел со-

ветский нейрофизиолог П.К. Анохин, создавший целую теорию функциональных систем биоорганизма.

К.В. Судаков обратил внимание на недостаточность изучения биоорганизма как целого. Он писал: «Биология и физиология все чаще обращаются к проблемам биофизической и биохимической молекулярной организации живой материи. Организм как целое все больше выпадает из поля зрения исследователей» [2, с. 3].

Современный системный подход в биологии и медицине представлен разными формами: 1) «Количественный кибернетический системный подход» (рассматривает биодинамические системы с позиций моделирования их физиологических функций, их математического моделирования, коррекции и управления ими); 2) «Иерархический системный подход» (рассматривает связи и взаимодействие в биоорганизме по вектору – молекулы – клетки – ткани – органы – системы – целостный организм); 3) «Теория функциональных систем» П.К. Анохина (само-

регуляция и самоорганизация, работающие на адаптацию, полезный для гомеостаза приспособительный результат и др.).

Таким образом, знакомство с данным вопросом позволяет заключить, что во-первых, методология системного подхода – это единая позиция междисциплинарного знания; во-вторых, в биологии и медицине системный подход – это самостоятельный принцип организации физиологических функций биоорганизма; в-третьих, с развитием кибернетики, синергетики, квантовой физики и химии системный подход стал считаться простым линейным подходом в современной методологии философского и медицинского познания.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Спиркин А.Г. Основы философии: Учеб. Пособие для вузов. – М.: Политиздат, 1988. – 592 с.

2. Судаков К.В. Функциональные системы организма: Руководство / Под ред. К.В. Судакова. – М.: Медицина, 1987. – 432 с.

Алиев Э.Ф., Киреев А.В., Азарков А.В.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.ГОРЬКОГО»

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АРТРОЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ С ВНУТРИСУСТАВНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ОЗОНА – КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ

Введение: Озон (O₃) как растворимый газ обладает высокой окислительной активностью. При контакте с биологическими жидкостями он образует активные формы кислорода, а также продукты окисления липидов. Оба этих продукта вступают в реакцию с лейкоцитами, инициируя образование белков, цитокинов и красных кровяных телец, что увеличивает снабжение тканей кислородом. O₃ используется во многих случаях, касающихся мышц, сухожилий и суставов. Уменьшая местную боль – восстанавливает функции суставов.

Целью работы: улучшение качества лечения болевого синдрома у больных с ОА коленного сустава.

Задачи исследования:

1. Изучить изменения болевого синдрома по шкале ВАШ при инъекционном введении в сустав озono – кислородной смеси.

2. Определить курс лечения и концентрацию озono- кислородной смеси.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 30 взрослых больных с диагнозом ОА коленных суставов с ограничением функции и болевым синдромом. Распределение больных по полу: мужчин 13 человек, женщин

17 человек. Степень болевого синдрома оценивалась по данным визуально- аналоговой шкалы боли (ВАШ). Распределение больных по степени боли: сильная боль (7-10баллов) – 18 человек, умеренная боль (3-6 баллов) – 12 человек, слабая боль (0-2 баллов) – 0 человек.

У больных не отмечается травм в анамнезе, а также врожденных аномалий развития нижней конечности. Последние 30 календарных дней больные не принимали НПВП и гормональные препараты в таблетированном и инъекционном виде. Характерной жалобой являлась боль в области коленного сустава, усиливающаяся при незначительных нагрузках, ограничения функции. Больные применяли местно НПВП нанося 2-4 см мази на кожу в области сустава 3 раза в день, каждый день в течении всего курса лечения. Также было введено в сустав 20 млозона- кислородной смеси концентрацией 8 мг/л 1 раз через каждые 3 дня в течении всего курса лечения. Курс лечения составил 12 календарных дней. В течении этого периода в коленный сустав было сделано 4 инъекций озона – кислородной смеси общей дозировкой 640 мкг. На первый день лечения у 60% исследуемых, сохраняются сильные боли (7-10баллов); у 40% боли стали умеренного ха-

рактера (3-6 баллов). На четвертый день сильная боль у 16,7% больных; умеренная 33,3%; слабая (0-2 баллов) 50%. На седьмой день умеренная 16,7%; слабая 83,3% больных. На десятый день сильная 0%; умеренная 0%; слабая 100%. Эта тенденция сохранилась до двенадцатого дня лечения. Наблюдаем, что данные изменяются в дни введения озона-кислородной смеси в коленный сустав.

Выводы:

1. По данным исследования мы видим, что

применение местных НПВП и внутрисуставное ведение озона-кислородной смеси при ОА колена 2-3 ст. в течении 12 дней позволила добиться полного исчезновения болевого синдрома.

2. Введения в сустав 20 мл озона-кислородной смеси концентрацией 8 мг/л 1 раз через каждые 3 дня позволяет получить клинически выраженный обезболивающий эффект.

Альмешкина А.А., Коваленко С.Р., Лубенская О.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

САМООТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Цель: Изучить особенности самооотношения у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности при различной длительности заболевания.

Материал и методы: Исследование особенностей самооотношения проводилось путем обследования 37 респондентов обоих полов в возрасте от 18 до 57 лет с невротическим уровнем личностной дезорганизации, находившихся на лечении в РКПБ-МПЦ г. Донецка в апреле 2019 года. В качестве критериев для выделения данного уровня дезорганизации личности использовались элементы структурного интервью О.Ф. Кернберга. Из них у большинства пациентов, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, преобладали диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства F41.2 (40,5%) и расстройства адаптации, в виде смешанной тревожно-депрессивной реакции F43.22 (13,5%). Распределение обследуемых по полу: мужчин – 16 чел. (43,2%), женщин – 21 чел. (56,8%). Основным критерием распределения в данном исследовании была длительность заболевания: до года и более года. Основную группу составили пациенты с длительностью заболевания до года – 37,8% (14 чел.), в группу сравнения вошли больные с длительностью заболевания более года – 62,2% (23 чел.). Для изучения показателей самооотношения пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности применялся «Тест-опросник самооотношения» В.В. Столина, Р.С. Пантелеева. Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2». При сравнении средних двух независимых выборок, в связи с тем, что распределение

не отличалось от нормального и дисперсии были гомогенны, использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение отличалось от нормального, для сравнения двух выборок применялся критерий Манна-Уитни. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Нами установлена статистически значимая разница между показателями степени самообвинения у пациентов, с длительностью заболевания до и более года ($p = 0,039$). По другим шкалам самооотношения статистически значимых различий выявлено не было. Наблюдается завышенный уровень глобального самооотношения и самоинтереса как в основной группе, так и в группе сравнения. Хотя статистической значимости в различиях между уровнями самоуважения, аутосимпатии и ожидаемого отношения от других ($p = 0,717$; $p = 0,243$; $p = 0,380$, соответственно) в сравниваемых группах выявлено не было, но показатели данных шкал значительно выше у пациентов, болеющих более года, в сравнении с основной группой.

Выводы: Таким образом, можно предположить, что пациенты, болеющие до года предрасположены винить себя во всех неудачах, среди прочего и в развитии/появлении психического расстройства, при этом готовы взять на себя ответственность за все неудачи и ошибки, но не пытаются что-либо сделать, чтобы изменить ситуацию к лучшему, а просто «опускают руки». В то время как пациенты с длительностью заболевания более года «сживаются» со своим заболеванием, перестают приписывать причины каких-либо неудач себе, пересматривают свое отношение к происходящему и пытаются что-то

изменить в положительном ключе. Так же испытуемые болеющие более года считают себя достаточно сильными, относятся к своему «Я» в большей степени дружелюбно, к собственной личности и деятельности – позитивно, но переживают о том, что подумают другие, ищут одобрения собственных поступков и мнений от окружающих, а, следовательно, и тестирование могли проходить, думая о социальной желатель-

ности. Настроенность же пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности к рефлексии неизбежно приводит к высоким показателям по шкале самоинтереса. Полученные данные могут быть использованы при персонализации психотерапевтических подходов для пациентов с различной длительностью заболевания.

Альмешкина А.А., Коваленко С.Р., Лубенская О.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

САМООТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Цель: Изучить особенности самооотношения у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности при различной длительности заболевания.

Материал и методы: Исследование особенностей самооотношения проводилось путем обследования 37 респондентов обоих полов в возрасте от 18 до 57 лет с невротическим уровнем личностной дезорганизации, находившихся на лечении в РКПБ-МПЦ г. Донецка в апреле 2019 года. В качестве критериев для выделения данного уровня дезорганизации личности использовались элементы структурного интервью О.Ф. Кернберга. Из них у большинства пациентов, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, преобладали диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства F41.2 (40,5%) и расстройства адаптации, в виде смешанной тревожно-депрессивной реакции F43.22 (13,5%). Распределение обследуемых по полу: мужчин – 16 чел. (43,2%), женщин – 21 чел. (56,8%). Основным критерием распределения в данном исследовании была длительность заболевания: до года и более года. Основную группу составили пациенты с длительностью заболевания до года – 37,8% (14 чел.), в группу сравнения вошли больные с длительностью заболевания более года – 62,2% (23 чел.). Для изучения показателей самооотношения пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности применялся «Тест-опросник самооотношения» В.В. Столина, Р.С. Пантелеева. Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2». При сравнении средних двух независимых выборок, в связи с тем, что распределение не отличалось от нормального и дисперсии были гомогенны, использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение отличалось от

нормального, для сравнения двух выборок применялся критерий Манна-Уитни. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Нами установлена статистически значимая разница между показателями степени самообвинения у пациентов, с длительностью заболевания до и более года ($p=0,039$). По другим шкалам самооотношения статистически значимых различий выявлено не было. Наблюдается завышенный уровень глобального самооотношения и самоинтереса как в основной группе, так и в группе сравнения. Хотя статистической значимости в различиях между уровнями самоуважения, аутоэмпатии и ожидаемого отношения от других ($p=0,717$; $p=0,243$; $p=0,380$, соответственно) в сравниваемых группах выявлено не было, но показатели данных шкал значительно выше у пациентов, болеющих более года, в сравнении с основной группой.

Выводы: Таким образом, можно предположить, что пациенты, болеющие до года предрасположены винить себя во всех неудачах, среди прочего и в развитии/появлении психического расстройства, при этом готовы взять на себя ответственность за все неудачи и ошибки, но не пытаются что-либо сделать, чтобы изменить ситуацию к лучшему, а просто «опускают руки». В то время как пациенты с длительностью заболевания более года «сживаются» со своим заболеванием, перестают приписывать причины каких-либо неудач себе, пересматривают свое отношение к происходящему и пытаются что-то изменить в положительном ключе. Так же испытуемые болеющие более года считают себя достаточно сильными, относятся к своему «Я» в большей степени дружелюбно, к собственной личности и деятельности – позитивно, но переживают о том, что подумают другие, ищут

одобрения собственных поступков и мнений от окружающих, а, следовательно, и тестирование могли проходить, думая о социальной желательности. Настроенность же пациентов с неврологическим уровнем дезорганизации личности к рефлексии неизбежно приводит к высоким по-

казателям по шкале самоинтереса. Полученные данные могут быть использованы при персонализации психотерапевтических подходов для пациентов с различной длительностью заболевания.

Анастасов А.Г., Овчаренко А.В., Иванцовский А.А., Назин Д.О., Ткаченко И.О., Томашикевич Б.А., Михайличенко Е.В.

Кафедра детской хирургии и анестезиологии, ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР

ВЫБОР КОМПОНЕНТОВ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ

Благодарность за непосредственную организацию функционирования МРТ подразделения главному врачу Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР Маркову С.Е., заместителю главного врача по лечебной части Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР Харатегзову А.М.

Введение. При МРТ сканировании у детей раннего возраста с неврологической патологией необходима анестезия для создания полной неподвижности пациента в связи с высокой частотой возникновения артефактов при длительности МРТ от 40 до 60 минут.

Цель работы – выбор компонентов анестезиологического сопровождения у детей от 1 месяца до 3 лет при МРТ.

Материалы и методы. Объектом исследования были 33 пациента в возрасте от 1 месяцев до 3 лет с врожденной и приобретенной патологией головного мозга. Анестезиологическое обеспечение – внутривенное общее обезболивание без ИВЛ. Анестезия у 11 (33,3%) пациентов 1 подгруппы – мидазолам 0,5% с 0,3 – 0,5 мг/кг, у 12 (36,4%) пациентов 2 подгруппы – мидазолам 0,5% в дозе 0,3 мг/кг + кетамин 5% 2,0 мг/кг, а у

10 (30,3%) пациентов 3 подгруппы – мидазолам 0,5% в дозе 0,3 мг/кг + пропофол 2 мг/кг.

Результаты и их обсуждение. У пациентов 1 подгруппы (внутривенное введение 0,5% раствора мидазолама в дозе 0,3 мг/кг) достигался уровень седации по шкале RASS – $-2,2 \pm 0,1$ балла с сохранением звуковой и тактильной чувствительности, спонтанным произвольными движениями конечностями в 72,7% случаев. У пациентов 2 подгруппы зарегистрировано отсутствие двигательной активности, сознания – оценка по шкале RASS – $-4,6 \pm 0,4$ балла, BIS – $59,4 \pm 1\%$, рост АД на 7,3% и нормальное без угнетения функции дыхания. У пациентов 3 подгруппы требовался тщательный титрованный подбор каждой последующей дозы, постоянный контроль за дыханием и гемодинамикой и в случае необходимости – поддержание адекватной вентиляции на этапе индукции.

Заключение. Наиболее рациональными компонентами при проведении анестезиологического сопровождения у детей раннего возраста при МРТ сканировании являются растворы мидазолам в дозе 0,3 мг/кг + кетамин в дозе 2 мг/кг.

Андреев В.Н., Гинькут В.Н.

ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Воспалительные заболевания околоносовых пазух считают одной из самых актуальных проблем ринологии. Среди больных, находящихся на лечении в стационарах, от 15 до 36% составляют люди, страдающие синуситами. В Германии за последнее десятилетие ставят от

7 до 19 млн диагнозов острого и хронического синуситов. Немалую толику из них занимают одонтогенные гаймориты. В связи с этим лечение синуситов остаётся одной из приоритетных проблем оториноларингологии. Поэтому целесообразным является, на наш взгляд, применение

ние новых физиотерапевтических методов воздействия на ткани в сочетании с ирригационно-элиминационной терапией риносинуситов (С.В. Рязанцев и соавт., 2007).

Целью данного исследования являлось сравнительное изучение эффективности использования магнитно-лазерной терапии в комплексном лечении одонтогенных гайморитов.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено лечение 47 пациентов с одонтогенными гайморитами. Больные были в трудоспособном возрасте (от 18 до 62 лет). Мужчин было 26 (55,3%), женщин – 21 (44,7%).

В начале лечения у всех больных в обязательном порядке проводили аспирацию содержимого пазухи с помощью пункции иглой Куликовского с последующим микробиологическим исследованием экссудата. Кроме того, применялись общеклинические и эндоскопическое исследование, изучение транспортной активности мерцательного эпителия, определение кислотно-основного состояния носового секрета.

Все пациенты были разделены на две равноценные группы по характеру заболевания и по возрасту.

В первой, основной группе, пациенты получали традиционное лечение в виде защищённых пероральных аминопенициллинов, деконгестантов, НПВП и солевых носовых душей. В качестве физиотерапевтического воздействия больные получали магнитно-лазерную терапию. Для этой цели использовали инфракрасное из-

лучение терапевтического лазера Узор-2к в сочетании с воздействием постоянного магнитного поля.

Такое магнитно-лазерное облучение длиной волны 0,89 мкм, напряжением ПМП 50 мТл и экспозицией 300 секунд выполняли пациентам ежедневно на биологические активные точки носа и верхнечелюстных пазух (2 поля на один сеанс) курсом 5 дней.

Вторая группа больных (контрольная) получала те же препараты, что и пациенты первой группы. У них применялась УВЧ терапия.

Эффективность лечения оценивали по общему состоянию больного, клинической картине и специальным методам обследования (мукоцилиарный клиренс и рН носового секрета).

Результаты и их обсуждение. При микробиологическом исследовании как в основной, так и в контрольной группе в основном были высеяны следующие возбудители: *S.pneumoniae* (34%), *H.influenzae* (29%) и *M.catharralis* (10%).

Темпы прекращения слизисто-гнойных выделений из носа и уменьшение гиперемии и отёка слизистой оболочки полости носа, а также восстановление до нормальных цифр мукоцилиарного клиренса (5-12 мин) и рН (7,4) у пациентов, получавших магнитно-лазерное лечение, опережало таковые у больных, получавших традиционную терапию в среднем на 3-5 дней.

Вывод: магнитно-лазерная терапия эффективна при лечении одонтогенных гайморитов.

Андреев Р.Н., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Скрипка Л.В., Толстюк В.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии

БЕШЕНСТВО В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ – ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И МЕРЫ БОРЬБЫ

В настоящее время в мире сложилась весьма напряженная эпизоотическая и эпидемическая ситуация по рабической инфекции. Это связано с формированием новых эпизоотических и антропоургических очагов. В природе, за пределами городской застройки, вирус бешенства распространяется главным образом среди животных семейства псовых – шакалов, волков, лис, енотовидных собак, а также в популяции летучих мышей. Практически во всех регионах Российской Федерации наблюдается активизация природных очагов рабической инфекции. Эпизоотолого-эпидемиологическая обстановка по бешенству в южных регионах Российской Федерации, граничащих с Донецкой Народной

Республикой (ДНР), в настоящее время также оценивается как напряженная.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования было установление основных характеристик эпидемического процесса бешенства в ДНР и направлений противэпидемической работы в отношении этой инфекции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ распространенности бешенства среди животных в ДНР в 2016-2019 гг. и 9 месяцев 2020 г. по материалам Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЦСЭН ГСЭС МЗ ДНР).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. В течение периода наблюдения на фоне изначально высокого уровня обращения в лечебно-профилактические учреждения за антирабической помощью лиц, укушенных животными, нами был установлен рост числа случаев, показатель обращаемости вырос в среднем на $14,2 \pm 2,64\%$. Лечение от бешенства было назначено своевременно всем обратившимся за медицинской помощью. Однако, существующие проблемы, выражающиеся в отказах от лечения, самовольном прекращении пострадавшими курса антирабического лечения, позднее обращение в учреждения здравоохранения за антирабической помощью свидетельствуют о низкой информированности населения по заболеванию бешенством. Так, в 2016 г. из-за не обращения за медицинской помощью до появления клинических признаков, был зарегистрирован случай заболевания бешенством жительницы Старобешевского района ДНР, имевшей контакт с куницей и бродячими животными. В течение года учреждения здравоохранения были обеспечены антирабическими препаратами (вакцины, иммуноглобулин) в недостаточном коли-

честве в связи с перебоями в поставках иммунобиологических препаратов.

Следует отметить, что в течение изучаемого периода в ДНР наблюдался рост случаев заболевания бешенством среди животных. В настоящее время в крупных городах ДНР резко возросло количество бродячих животных. В черте городов выявлялись случаи появления лисиц, белок. За период наблюдения, наибольшую эпидемическую значимость имели домашние и бродячие кошки (38,0%) и собаки (48,0%), а также мелкий рогатый скот (МРС) – 2%. В Донецком регионе имеется тенденция к развитию лисьей эпизоотии бешенства, что подтверждают ежегодная регистрация случаев этого заболевания.

Выводы: В настоящее время в ДНР эпидемическая и эпизоотическая ситуация по бешенству продолжает оставаться напряженной. Увеличивается количество бездомных собак, растет количество случаев лабораторно подтвержденного бешенства у животных. Медицинские учреждения, предоставляющие помощь против бешенства населению, не обеспечивают достаточным количеством вакцины против бешенства и иммуноглобулина против бешенства. Большая часть этих препаратов доставляется в ДНР в виде гуманитарной помощи.

Андреев В.С.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии»

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «PANCREATITIS MANAGER» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

В структуре госпитализаций в отделения реанимации и интенсивной терапии значительное место занимает тяжелый острый панкреатит [1]. Несмотря на многочисленные исследования, это заболевание продолжает быть одной из самых актуальных проблем в хирургических стационарах [2]. Причиной высоких цифр летальности (до 15%) при этом заболевании является быстрое развитие полиорганной недостаточности, имеющей множественные причины и сложные механизмы [3]. Эффективность большинства способов лечения тяжелого острого панкреатита и панкреатогенного шока, нередко применяемых на практике, не подтверждена статистическими методами [4]. В целом, методами лечения с наибольшей доказательной базой остаются инфузионная терапия на ранних сроках заболевания, эпидуральная анестезия в случае упорного болевого синдрома и ранняя нутритивная поддержка [2]. Вместе с этим отсутствие эффективной

этиотропной терапии панкреатогенного шока обуславливает необходимость дальнейших исследований.

Проблемы разработки эффективных методов лечения сопровождаются проблемами классификационными. Общепринятая классификация острого панкреатита Atlanta-92 в редакции 2012 года удобна в первую очередь врачам-интенсивистам. Однако классификация Российского общества хирургов 2014 года имеет значительно большее распространение среди врачей-хирургов, но имеет небольшую ценность для врачей интенсивной терапии [5].

Общемедицинской проблемой, касающейся не только острого панкреатита, является высокая информационная нагрузка медицинского персонала. По данным ряда исследований, возрастающий поток информации оказывает значительное влияние на качество оказания медицинской помощи в результате снижения эффектив-

ности работы медицинского персонала. Одним из решений данной проблемы является широкое использование методов программной автоматизации здравоохранения [6].

С целью одновременного решения этих задач была предложена программа «Pancreatitis Manager». К функциям программы относятся: ведение базы данных пациентов, формулировка диагноза, составление плана обследования и лечения, комплексная оценка болевого синдрома, оценка волеического статуса и помощь в расчете необходимого объема инфузии, предупреждение о прогрессивном ухудшении органических функций пациента по данным шкалы SOFA, организация проведения экспериментов по фармакологическому лечению острого панкреатита, выгрузка данных о пациентах в STATISTICA.

На данный момент программа проходит апробацию на базе ГКБ им. С.А.Спасокукоцкого ДЗМ. Оцениваются такие показатели, как время работы с документацией, полнота выполнения назначений, правильность выставления диагноза, время начала нутритивной поддержки.

Использованная литература:

1) Petrov MS, Yadav D. Global epidemiology

and holistic prevention of pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2019;16(3):175-184. DOI: 10.1038/s41575-018-0087-5

2) Leppäniemi A., Tolonen M., Tarasconi A. et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis // *World Journal of Emergency Surgery*. – 2019. – Vol. 14, N 1. – P. 27.

3) Garg PK, Singh VP. Organ Failure Due to Systemic Injury in Acute Pancreatitis. *Gastroenterology* 2019;156(7):2008-2023. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.12.041

4) Ершов А.В., Андреевков В.С., Манасова З.Ш. Кардиодепрессия при тяжелом остром панкреатите: механизмы развития и возможные подходы к лечению. Обзор литературы. *Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова*. 2020;1:66-74.

5) Багненко С. Ф. и др. Классификация острого панкреатита: современное состояние проблемы // *Вестник хирургии имени ИИ Грекова*. – 2015. – Т. 174. – №. 5.

6) Акишкин В. Г. Практический опыт создания и эксплуатации медицинской информационной системы в Астраханской области // *Врач и информационные технологии*. – 2006. – №. 6.

Антипов Н.В., Зарицкий А.Б., Сириод Д. В., Рудской С.А., Золото М.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИИ ЯГОДИЧНЫХ АРТЕРИЙ

При травме сосудов таза особую опасность вызывают ранения ягодичных сосудисто-нервных пучков. Это обстоятельство связано с развитием скрытого вторичного кровотечения. С целью топической диагностики уровня пересечения и дальнейшего лигирования поврежденных ягодичных артерий проведен эксперимент на 47 трупах людей обоего пола, которые были разделены на две серии: в первой – 23 трупа (16 мужских и 7 женских), во второй – 24 трупа (13 мужских и 11 женских) с двух сторон, на базе Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы ДНР. В первой серии исследуемых на первом этапе осуществлялся доступ в надгрушевидное клетчаточное пространство к месту формирования поднадкостничной ветви верхней ягодичной артерии. В первой группе исследуемых (12 случаев) с двух сторон пересекалась верхняя ягодичная артерия дистальнее места формирования поднадкостничной ветви; во 2 – й (11 случаев) – проксимальнее. Осуществлялся доступ к боковому клетчаточному про-

странству таза и выделялся задний ствол внутренней подвздошной артерии. Последний катетеризировался и перевязывался проксимальнее. Через катетер, при помощи шприца емкостью 10 мл., вводилось до 100мл. раствора желатина с метиленовым синим. Результат оценивался по времени начала попадания раствора в боковое клетчаточное пространство таза. Результаты исследования в первой серии: окрашивание бокового пространства в синий цвет отмечалось не ранее чем после введения 60 мл. раствора (4 случая – 16,7%). В 10 случаях (41,7%) – 70 мл. В 8 случаях (33,3%) – 80 мл. В 2 случаях (8,3%) – 90 мл. Во второй группе исследуемых, в 20 случаях (90,9%) окрашивание бокового пространства в синий цвет отмечалось уже после первой порции раствора. И только в 2 случаях (9,1%) – понадобилось 20 мл.

Во второй серии – на первом этапе осуществлялся доступ в надгрушевидное клетчаточное пространство к месту формирования поднадкостничной ветви нижней ягодичной артерии.

В первой группе исследуемых (12 случаев) с двух сторон пересекалась нижняя ягодичная артерия дистальнее места формирования поднадкостничной ветви; во 2 – й группе (12 случаев) – проксимальнее. Осуществлялся доступ к боковому клетчаточному пространству таза и выделялся задний ствол внутренней подвздошной артерии. Последний катетеризировался и перевязывался проксимальнее места катетеризации. Через катетер вводилось до 100мл. раствора желатина с метиленовым синим. Результат оценивался по времени начала попадания раствора в боковое клетчаточное пространство таза. В первой группе исследуемых окрашивание бокового пространства в синий цвет отмечалось не ранее

чем после введения 80 мл. раствора (10 случаев – 41,7%). В 8 случаях (33,3%) – 90 мл. В 6 случаях (25%) – 100 мл. Во второй группе исследуемых, в 18 случаях (75%) окрашивание бокового пространства в синий цвет отмечалось уже после первой порции раствора. И в 6 случаях (25%) понадобилось введение второй порции. Таким образом, локализация источника кровотечения при ранении ягодичных артерий непосредственно зависит от уровня их повреждения по отношению к месту формирования поднадкостничных ветвей. При сохранении целостности подвздошной кости маловероятна локализация источника кровотечения в боковом клетчаточном пространстве таза при ранении ягодичной области.

Антропова О.С.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ОСОБЕННОСТИ СМЕРТЕЛЬНОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Цель исследования. Проанализировать особенности эпидемиологии смертельной ожоговой травмы в ДНР.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили: 88 актов судебно-медицинского исследования Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ДНР за 2014-2019 гг. и 1098 историй болезней ожогового отделения ИНВХ им. В. К. Гусака МЗ ДНР за 2014-2019 гг. Дизайн исследования. Сравнивались сопоставимые по этиологии, полу, возрасту, степени и площади ожогов показатели заболеваемости и смертности от ожоговых травм в ДНР. Уделено внимание сопутствующим термоингаляционным поражениям, отравлению угарным газом и наличию алкогольного опьянения.

Результаты и выводы. Уровень ожогового травматизма в Донецкой Народной Республике, по сравнению с данными Российской Федерации и Украины, относительно не высок, что, по-видимому, связано с географическими, производственными и демографическими особенностями наших государств. Однако, наличие смертности и летальности от ожоговых травм делает перспективным дальнейшее изучение патогенеза, саногенеза и танатогенеза ожоговой болезни.

На основании комплексного математического анализа особенностей ожогового травматизма в Донецкой Народной Республике, можно выделить несколько факторов риска получить смертельную ожоговую травму. 1) Мужской пол

констатировался в 80% случаев, риск получить смертельный ожог у мужчин равен 1,63 по сравнению с женщинами, $p = 0,05$. 2) Наличие площади ожога более 60%, и степени ожога 3-4 вне зависимости от пола. 3) Медиана возраста погибших 49 лет, выживших пострадавших 37 лет (на 12 лет моложе, $p = 0,003$) вне зависимости от пола. 4) Риск получить смертельный ожог после 18 лет составил 2,8, $p = 0,05$. 5) Смертельный ожог открытым пламенем статистически значимо встречался чаще (в 69,2% случаев и больше на 34,9% доли несмертельных ожогов открытым пламенем, $p < 0,001$) и риск его получения равен 1,36 и является выше, чем для других видов смертельных ожогов, $p = 0,05$. 6) Термоингаляционное поражение и отравление угарным газом является мощным предиктором смертельного исхода ожоговой болезни, с отношением рисков равным 8,98, $p = 0,05$. 7) Каждый четвертый погибший находился в состоянии алкогольного опьянения, однако, по нашим данным, сопутствующее алкогольное опьянение не является статистически значимым фактором риска получить смертельную ожоговую травму.

Если на вскрытие доставлен пожилой (≥ 50 лет) погибший с обширными ($\geq 60\%$) ожогами открытым пламенем высокой (3-4) степени, то есть вероятность также и наличия у его алкогольного опьянения ($R = + 0,317$), отравления угарным газом ($R = + 0,452$), термоингаляционного поражения ($R = + 0,326$). Если на вскрытие доставлен молодой погибший (≤ 50 лет), то ожо-

ги, скорее всего, получены в результате взрыва ($R = 0,348$).

Перспективы дальнейших исследований. В дальнейшем представляется перспективным и

логичным изучить особенности патоморфологических, токсикологических и лабораторных исследований погибших от ожоговых травм.

Ануарбек А.С.

АО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы

МИКРОФЛОРА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС)

Введение. Этиологии гнойно-некротических осложнений СДС лидируют грамположительные кокки в ассоциации с грамотрицательными аэробами.

Цели исследования: Целью исследования было изучить микробный пейзаж поражений стоп при сахарном диабете (СД).

Материалы и методы: Микрофлора (МФ) охарактеризована классическим микробиологическим методом. Материал исследования – из гнойного отделяемого. Видовая идентификация с микробиологическими методами и с анализатором VITEK 2 Compact.

Результаты: Комплексное исследование проведено у 30 больных. Возраст больных 43-88 лет, в среднем -68,4 лет. Длительность СД-8,7 лет, СДС -2,2 месяца в среднем. Оценка степени тяжести СДС по Вагнеру составила 4 стадией -12 больных и с 3 стадией -10. У остальных 5 стадия ($n=3$), 2 стадия ($n=4$), 0 стадия ($n=1$). Выявили преобладание поли микробных ассоциаций в гнойном отделяемом у всех больных. Выделено

380 изолятов из 30 образцов тканей, в среднем 3,8 на случай. Установлена прямая корреляция степени бионагрузки. Бионагрузка по Вагнеру показало: 4 стадии – 4,0 изолята, 5-4,0 против 3,0 при 0 степени тяжести. Т.о. степень колонизации микробами зависит от тяжести СДС и определяют прогностическую значимость бионагрузки. Микробный пейзаж: *S.aureus*-80,0%, *S.epidermidis*-33,3%, *S.saprophyticus*-10,0%, *E.coli*-36,6%, *E.blattae*-13,3%, *Klebsiella spp.*-16,6%, *P.aeruginosa* 30,0%, *Enterococcus spp.*-10,0%, *Candida spp.*-10,0%, *Str.pyogenes*-3,33%, *Str.viridans*-3,33%, *P.vulgaris*-3,33%, *P.mirabilis*-6,66%, *C.freundii*- 6,66%, *Cit.koseri*-3,33%, *C.Laurentii*-3,33%.

Выводы: Основные возбудители поражений при СДС: *S.aureus.*, *E.coli*, *Candida spp.*, *P.aeruginosa*, *Klebsiella spp.*; *C. laurentii*, считавшийся сапрофитом, может быть этиологическим агентом при СДС, определяет значимость исследования на грибковую флору у больных СДС.

Ануарбек А.С., Самбет С.К., Салманова А.М.

АО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы

АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ «ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА» В Г. АЛМАТЫ, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Введение. Программа «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ) была разработана в 1992 году, Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), стратегия основана на доказательной медицине. Программа включает в себя ведение наиболее значимых заболеваний у детей таких как: диарея, пневмония, нарушение питания, анемия, низкий вес, проблемы с горлом, проблемы с ухом; сортировка детей по степени тяжести и раннее принятие решений в

оказании неотложной помощи и в госпитализации по признакам «ОПО» – общие признаки опасности, безопасная иммунизация уход в целях развития. Программа «ИВБДВ» адаптирована для Республики Казахстан, согласно Приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан №172 от 31.03.2011г.

На сегодня стратегию приняли более 100 стран мира, в том числе и Казахстан. Согласно данным ВОЗ, ежегодно более 10 млн. детей умирает до достижения 5 лет, большинство из этих

смертей вызвано пятью состояниями, которые можно предотвратить и лечить: пневмония, диарея, малярия, корь, и нарушение питания.

Программа «ИВБДВ» основана на целевой оценке состояния больного ребенка, то есть по строго определенной последовательности действий медицинского работника с целью исключить риск смертельного исхода и непричинение вреда ребенку.

Основные задачи программы «ИВБДВ» – это улучшение навыков медицинских работников, улучшение системы здравоохранения, улучшение практик ухода за ребенком в семье. Программа «ИВБДВ», способствует точному определению заболевания детского возраста, обеспечивает надлежащее интегрированное ведение всех значительных заболеваний, способствует усилению консультативных навыков медицинского персонала, а также определяет потребность в направлении тяжелобольного ребенка в стационар.

Так же стратегия способствует становлению определенных моделей поведения в семье, в вопросах обращения за медицинской помощью, улучшенного питания, профилактического ухода и правильного выполнения назначений медицинских работников.

Цели исследования: провести анализ внедрения программы «ИВБДВ» среди населения г. Алматы.

Материалы и методы: Проведение анкетирования среди населения и медицинских работников ЛПУ г. Алматы (3 городские поликлиники). Обработка результатов анкетирования, выведение статистических данных.

Результаты: По результатам статистической

обработки получены следующие данные:

1. Программу ИВБДВ «знают и пользуются» в своей работе 95% медицинских работников, оставшиеся 5% составляют молодые специалисты. Среди населения – «слышали и знают» 11% (данная цифра не является показателем незнания, см. ниже).

2. По «вопросам проблем с кормлением» (также кормление грудью) информацию регулярно получают -88% респондентов.

3. По «оценке прививочного статуса и вакцинации» информацию получают-88%.

4. Получение «консультации по уходу в целях развития» – 88%

5. Получение «консультации по тревожным признакам, требующим специализированной помощи» (когда вернуться немедленно «КВН») – 47%.

6. Получение «консультации по оценке питания и здоровья матери» – 64%.

Таким образом, наличие хорошей базы и профессиональных преподавателей и тренеров показывает высокий уровень (95%) знаний среди медицинских работников г. Алматы.

Выводы: внедрение программы «ИВБДВ» успешно решает вопросы снижения детской смертности до 5 лет. Этому способствуют:

1. Непрерывное обучение в центре ИВБДВ и на рабочем месте

2. Наличие профессиональных преподавателей и тренеров

3. Достижение охвата обучением не менее 90% медицинских работников

4. Адаптирование нормативных и медицинских документаций под ИВБДВ.

Апресян А.Ю.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

К ВОПРОСУ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Профилактика возникновения заболеваний, а также их осложнений является основополагающей составляющей процесса оказания медицинской помощи населению. В системе здравоохранения, в целях обеспечения эффективности её функционирования, важна профилактика заболеваний, являющимися основными причинами смерти. К таким заболеваниям, прежде всего, относятся заболевания системы кровообращения, которые в общей структуре причин смертности населения в Российской Федерации составили в 2019 году 46,8% [1].

В последние годы, с активным осуществлением в Российской Федерации мероприятий в рамках приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения, значительные усилия направлены на обеспечение качества и доступности экстренной медицинской помощи пациентам при заболеваниях системы кровообращения. Процессу динамического диспансерного наблюдения за пациентами после выписки из стационара, на догоспитальном этапе лечения также уделяется особое внимание, однако по мнению специалистов в области профилактической ме-

дицины, недостаточное [2].

В ряду заболеваний системы кровообращения, заболевания периферических артерий целесообразно рассматривать как патологию, своевременное оказание профилактической медицинской помощи при которой, позволяет практически исключить возникновение состояний, угрожающих жизни больных, их последующей инвалидизации, снизить нагрузку на систему здравоохранения, обусловленную необходимостью оказания дорогостоящей экстренной медицинской помощи.

В Санкт-Петербурге, по данным медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения в 2019 году состояли под диспансерным наблюдением 57,0%. Больше всего пациентов состоят под диспансерным наблюдением при хронических ревматических болезнях сердца (77,4%), при ишемической болезни сердца (67,6%), при повышенном кровяном давлении (64,9%). При эндартериите и облитерирующем тромбангите данный показатель один из наименьших – 36,4%.

Необходимо отметить, что установленный Минздравом Российской Федерации порядок

проведения диспансерного наблюдения за взрослыми содержит требования по диспансерному наблюдению широкого спектра заболеваний системы кровообращения, однако, заболевания периферических артерий в него не вошли. Кроме того, в большинстве медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, отсутствуют штатные должности сердечно-сосудистых хирургов, что зачастую препятствует своевременному оказанию профилактической медицинской помощи данной категории больных. Сложившаяся ситуация, безусловно, требует принятия мер по оптимизации оказания медицинской помощи пациентам, страдающим заболеваниями периферических артерий, в том числе по контролю её доступности и качества на всех этапах.

Литература:

1. Здравоохранение в России.2019: Стат.сб./ Росстат. – М., 2019. – 170 с.
2. Бойцов С.А. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы / С.А.Бойцов, С.В. Вылегжанин // Терапевтический архив. – 2015. – Т.87. – № 1. – С.4-9.

Ахмедов С.Р., Максютенко С.И., Трофимец Е.К.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО

РОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОФФЕРДАМ В СТОМАТОЛОГИИ

Одной из основных задач современной стоматологической практики при лечении кариеса и его осложнений является качественная изоляция рабочего поля. При этом врач-стоматолог, изолируя рабочее поле, стремится к достижению одновременно нескольких целей – защитить подготовленную к пломбированию кариозную полость от ротовой жидкости, а также препятствовать попаданию инородных материалов в дыхательные пути. Данного эффекта можно достигнуть только при использовании системы коффердам – специальной стоматологической системы, предназначенной для изоляции зуба или группы зубов от остальной полости рта во время лечения. Армаментарий, используемый при постановке системы коффердам, включает пробойник, щипцы, клампы для различных групп зубов, рамку и латексные платки.

Кроме качественной изоляции рабочего поля, коффердам препятствует возникновению перекрёстной инфекции, оказывает выраженную защиту и способствует ретракции мягких тканей

полости рта, обеспечивает контроль за десневым кровотечением. К отрицательным свойствам системы относится относительная дороговизна, что влечет за собой повышение себестоимости лечения; необходимость в дополнительном времени для установки системы, что не всегда возможно в условиях массового стоматологического приема; в некоторых случаях могут возникать аллергические реакции на латексные платки.

Однако, несмотря на многочисленные положительные свойства данной системы изоляции, широкого применения у врачей-стоматологов она не получила. При этом практикующие врачи ссылаются на сложность процедуры и высокие затраты времени на установку системы.

Нами было проведено исследование по оценке затрат времени при лечении кариеса с использованием системы коффердам. В первой (основной) группе было проведено лечение 15 кариозных полостей 1 класса по Блэку с установкой системы коффердам. Во второй группе (группа сравнения), 16 кариозных полостей 1 класса по

Блеку пломбировали без использования коффердама.

В результате исследования было установлено, что в первой группе время, затраченное на установку системы коффердам, составило $4,1 \pm 0,25$ минуты, а общее время лечения одной кариозной полости составило $48,0 \pm 1,5$ минут. Во второй группе при пломбировании кариозной полости зуба без установки коффердама, время лечения составило $67,0 \pm 1,8$ минут. Увеличение времени лечения было вызвано необходимостью

частой замены ватных валиков и дополнительного высушивания полости. Кроме того, данный этап работы требовал обязательного присутствия медсестры.

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что система коффердам значительно облегчает процедуру лечения и сокращает ее время, что является важным показателем в длительном и трудоёмком процессе реставрации зубов.

Багрий А.Э., Приколота О.А., Могилевская К.Э., Ракитская И.В., Приколота А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Цель: изучить гликемический профиль и определить объем исследований, необходимый для постановки диагноза сахарный диабет (СД), у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. На базе кардиологического отделения ЦГКБ №1 г. Донецка и кардиологического отделения «Дорожной клинической больницы станции Донецк» были обследованы 56 больных с ОКС (35 мужчин и 21 женщины, средний возраст $58,2 \pm 9,4$ лет), из них 32 пациента с нестабильной стенокардией, 18 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) без элевации сегмента ST, 6 пациентов с ИМ с элевацией сегмента ST (ургентное стентирование не было проведено в связи с поздним поступлением больных в стационар). Пациенты с известным сахарным диабетом (СД) были исключены из исследования. Все исследуемые получали двойную антитромбоцитарную, антикоагулянтную и гиполипидемическую терапию, 94,6% – β -адреноблокаторы, 41,1% – антагонисты минералокортикоидных рецепторов. После стабилизации состояния больных (от 7 до 10 дней от начала заболевания) всем определяли уровень гликемии натощак (уровни гликемии, полученные в острую фазу заболевания, в расчет не принимались), гликозилированный гемоглобин (HbA1c), проводили пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ).

Результаты исследования.

У 9 больных (16,1%) уровень гликемии натощак был выше 7,0 ммоль/л.

У 8 пациентов (19,6%) уровень HbA1c был выше 6,5% ($7,4 \pm 0,8\%$), на основании чего был выставлен диагноз: впервые выявленный СД.

У пациентов с нормальными уровнями HbA1c (48 человек) был проведен ПГТТ. У 7 (14,6%) исследуемых уровень глюкозы венозной крови превышал 11,1 ммоль/л ($12,6 \pm 0,7$), что позволило сразу выставить диагноз: впервые выявленный СД (при этом уровень HbA1c у этих больных составлял $<6,5\%$). У 8 (16,7%) пациентов уровень глюкозы был $\geq 7,8$ ммоль/л, но $< 11,1$ ммоль/л ($8,7 \pm 1,2$), у них было диагностировано нарушение толерантности к глюкозе.

Выводы.

1. У больных с ОКС впервые выявленный СД был диагностирован в у 15 человек (26,8%), причем в половине случаев (у 7 пациентов) этот диагноз был установлен на основании ПГТТ.

2. На основании ПГТТ у 8 (больных 14,6%) диагностировано нарушение толерантности к глюкозе при нормальных уровнях гликемии натощак и HbA1c.

Таким образом, для постановки диагноза СД у больных ОКС, вероятно, необходимо использовать не только определение уровня глюкозы натощак и HbA1c, но и ПГТТ.

Базака В.В., Харжевская Т.С.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

ЮРИДИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «ПРАВО НА ЖИЗНЬ»

Понятие жизни используется во многих отраслях права. Но с уверенностью можно сказать, что жизнь это биосоциальное единство. Таким образом, право на жизнь официально признанное государством право на зачатие, рождение, достойное и комфортное существование, гарантированное на конституционном уровне до самой смерти.

Жизнь имеет начало и конец. Дискуссионным остается вопрос о том, с какого момента начинается жизнь. В большинстве стран считается, что право на жизнь человек приобретает лишь с момента родов, однако противники аборт и экспериментов со стволовыми клетками пытаются утвердить право на жизнь с момента зачатия.

Медицинскими критериями рождения определяется, что моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов.

В частности, медицинскими критериями рождения являются: срок беременности 22 недели и более; масса тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах); длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна); срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 см, – при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток).

В части регулирования данного вопроса особый интерес вызывает зарубежный опыт. К примеру, восьмая поправка к Конституции Ирландии, принятая в 1987 году, признает за нерожденным право на жизнь в той же мере, в какой признается право на жизнь его матери, а принятая в 2011 году Конституция Венгрии закрепляет защиту жизни человека с момента его зачатия. Фактически это означает, что Конституция Венгрии вводит запрет на аборт.

В вопросе определения начала жизни, в юридической литературе, большинство ученых-правоведов, в том числе в области уголовного права, склоняются к тому, что «биологическая

жизнь восходит своим началом к эмбриональному состоянию человеческого организма, а социальная жизнь человека начинается с момента его рождения».

Как бы момент начала жизни не рассматривали в юридической литературе, этот момент определяется в соответствии с медицинскими критериями. В связи с этим можно предположить, что до момента рождения плод еще не обладает правом на жизнь, так как, он не может принимать решение о своем рождении. Профессор Д.И. Мейер на этот счет отмечал, что рождение это акт отделения младенца от чрева матери – момент, когда начинается физическая личность, начало самостоятельного существования человека, а вместе с тем и начальный момент юридической жизни. В свою очередь профессор

Е.В. Васьковский полагал, что одного факта рождения ещё недостаточно для того, чтобы родившийся стал лицом. Обладать правами может только живой человек: мертвые прав не имеют.

В литературе по судебной медицине начало жизни определяется моментом перехода при существующему плоду зародышевого кровообращения в легочное. Это происходит в момент первого дыхательного движения при попадании воздуха в легкие. С точки зрения эмбриологии и биологии ответ на вопрос: «с какого момента человек может считаться носителем субъективного права на жизнь и когда зарождается новая жизнь?» – представляется более чем определенно, и в полной мере обоснованно.

Под углом зрения защиты права на жизнь рассматриваются несколько вопросов. В частности, во многих странах пытаются ввести юридический оборот самостоятельное субъективное право на аборт. Совет Европы указал, что признание за утробным плодом абсолютного права на жизнь противоречило бы содержанию и цели Конвенции о защите прав человека и основных свобод. При этом отмечается, что государство может налагать некоторые ограничения на право на аборт, что бы при этом не нарушались права на частную жизнь беременной женщины, которые гарантируются ст. 8 Конвенции.

Баланда Р.В., Цыганова О.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», Минздрава России, г.Архангельск

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ»

Актуальность: Болезни органов мочеполовой системы в структуре общей и первичной заболеваемости населения РФ занимают четвертое место, являются причинами практически 950 тыс. случаев временной нетрудоспособности с порядком 10 млн дней нетрудоспособности и примерно 10% госпитализаций. Проблемы организации оказания урологической помощи, характерные и для российского здравоохранения в целом, требуют выработки мер по её совершенствованию.

Цель и методы исследования: На основе анализа данных научной литературы разработать предложения по направлениям совершенствования организации оказания медицинской помощи по профилю «урология».

Результаты: Организационные проблемы урологической службы типичны для здравоохранения в целом. Ряд авторов указывает на слабую экономическую эффективность использования специализированных стационарных коек. Это обусловлено рядом причин: отсутствие преемственности в работе амбулаторного и стационарного этапов, низкое качество и эффективность урологической помощи в первичном звене здравоохранения, избыточная нагрузка на стационары за счет выполнения лечебно-диагностических задач первичного звена, слабое развитие стационарзамещающих технологий (Воронина У.В. 2013, Машин А.Г., 2013, Билалов Ф.С., 2018). Отсутствие анализа объема, характера, обоснованности стационарной урологической помощи, проведенная реструктуризация службы, приво-

дят к снижению доступности урологической помощи (Машин А.Г. 2013, Золотухин О.В., 2018). Дефицит медицинских работников, географически неравномерное распределение кадров, низкое качество подготовки специалистов, отсутствие должного перспективного планирования потребностей системы в тех или иных специалистах, высокий уровень совместительства – компоненты кадровой проблемы (Сажина С.В., Шейман И.В. 2018, Слепцова Е.В., Гапеева В.О. 2019). Для решения этих проблем предложены следующие пути: рациональная организация амбулаторной урологической помощи, в том числе, использование механизмов государственно-частного партнерства (Геворкян А.Р., 2018), организация консультативно-диагностических центров на базе крупных стационаров, НИИ, ВУЗов (Машин А.Г. 2013 г., Кажлаев Б.О., 2015), развитие стационарзамещающих технологий, а именно коек дневного стационара. Внедрение телемедицинских технологий значительно экономит средства и время пациентов, а удовлетворенность таким подходом достигает 95% (Шадеркин И.А., 2019). Важным звеном оптимизации организации урологической помощи является формирование трехуровневых систем оказания медицинской помощи вместо традиционных двухуровневых (Билалов Ф.С., 2018).

Вывод: Выбор пути развития организации урологической помощи требует взвешенного, научно-обоснованного подхода для обеспечения повышения эффективности функционирования этой службы.

Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Крахоткина Е.Д., Терещук Б.П., Гиллер Д.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФОРМИРОВАНИЕ ТРОМБОЦИТАРНО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ АГРЕГАТОВ НА ФОНЕ ГИПОРЕАКТИВНОСТИ РЕЦЕПТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить формирование межклеточных коопераций тромбоцитов (Тц) и лейкоцитов (Лц) при индукции агонистами различного механизма действия (адреналин, аденозиндифосфат (АДФ), фактор активации тромбоцитов (ФАТ)) у пациентов с хроническим

обструктивным пиелонефритом (ХОПН) на фоне гипореактивности рецепторного аппарата.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследована периферическая кровь пациентов в фазе ремиссии ХОПН (n=85). Мазки крови фиксировались и окрашивались стандартной методикой. При ми-

кроскопии, сформированными тромбоцитарно-лейкоцитарными агрегатами (ТЛА) считали кооперацией клеток 1 и более Лц и нескольких Тц, рассчитывали в процентном соотношении на 100 клеток (Лц). Критерием распределения фенотипов являлось минимальное и максимальное количество ТЛА, выявленное в процессе анализа мазков крови у здоровых лиц. Гипореактивный фенотип характеризовался наличием 0-1 агрегата/п.зр. Анализ результатов произведен в статистическом пакете MedCalc Software2010. Различия приняты достоверными при $P \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При исследовании гипореактивного фенотипа установлено, что реакция на адреналин составила $3,183 \pm 0,132\%$, что было ниже на $27,1\%$ ($p < 0,001$); при индукции АДФ $-7,0 \pm 0,05\%$, что было ниже на $12,5\%$ ($P = 0,039$); и ФАТ $-4,03 \pm 0,05\%$, что было ниже на $48,4\%$ ($p < 0,001$), по сравнению с группой условно здоровых волонтеров. Таким образом, в порядке снижения активности рецепторов, искомый ряд можно представить следующим образом: АДФ > ФАТ > адреналин. Следовательно, у пациентов в фазе ремиссии ХОПН преобладает гипореактивный фенотип клеток крови, который характеризуется низкой реактивностью в отноше-

нии основных агонистов, принимающих участие в реализации воспалительной реакции. Представляет интерес кластер активности рецепторов гипореактивного фенотипа. Проведенный анализ показал, что пуриновые P2-рецепторы сохраняли более высокую активность, которая была на 120% ($p = 0,001$) выше, чем таковая у $\alpha 2$ -адренорецепторов и на $73,7\%$ ($p = 0,001$) больше, чем у ФАТ-рецепторов. Корреляционный анализ позволил установить высокую отрицательную связь между количеством ТЛА, сформировавшихся при инкубации клеток крови с АДФ и двумя другими агонистами ($r_{\text{АДФ-адреналин}} = -0,916$; $r_{\text{АДФ-ФАТ}} = -0,893$); в то время как между количеством ТЛА, сформировавшихся при инкубации клеток крови с ФАТ и адреналином, выявлена сильная позитивная связь ($r = 0,780$).

ВЫВОДЫ: В результате представленных данных, можно сделать выводы: (а) системная активация САС обеспечивает стимуляцию Лц, которая сопровождается секрецией ФАТ; (б) имеющаяся функциональная активность Тц, вполне достаточна, чтобы ограничить чувствительность $\alpha 2$ -адренорецепторов Лц и собственную паракринную стимуляцию, связанную с активацией ФАТ-рецепторов.

Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Николенко О.И., Черкасова Н.А., Гиллер Д.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНАЛИЗ ГИПОРЕАКТИВНОГО АГРЕГАЦИОННОГО ФЕНОТИПА ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – проанализировать гипореактивный агрегационный фенотип тромбоцитов (Тц) у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом (ХОПН) в фазе ремиссии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследована периферическая кровь пациентов в фазе ремиссии ХОПН ($n = 85$). Для анализа агрегационной активности Тц использовались агонисты в эффективных концентрациях: аутокринный регулятор – АДФ (5 мкМ), системный регулятор и маркер активации симпатoadреналовой системы – адреналин (10 мкМ), провоспалительный паракринный регулятор – ФАТ (150 мкМ). Агонисты использовались в эффективной дозировке ЕС50%. Исследования производились на агрегометре Chrono-Log (США). Анализ результатов произведен в статистическом пакете MedCalc Software2010. Различия приняты достоверными при $P \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При анализе адреналин-индуцированной агрегации Тц, был выявлен результат на уровне $29,2 \pm 4,27\%$ (95% ДИ $19,747 - 38,586\%$). Данный показатель был на $71,9\%$ ниже, чем верхняя граница нормореактивности ЕС50% ($P = 0,001$). Показатель АДФ-индуцированной агрегации Тц составил $40,25 \pm 3,02\%$ (95% ДИ $33,1 - 47,39\%$). Что являлось результатом гипореактивности пуриновых рецепторов на Тц, которая выражалась в снижении на $38,29\%$, по сравнению с контрольной группой условно здоровых волонтеров ($P = 0,05$). При этом, в сравнении с индукцией адреналином, результаты пуринергической агрегации Тц были на $28,76\%$ больше ($P = 0,02$). Также, анализируя уровень активности рецепторов к ФАТ, результаты агрегации составили $24,83 \pm 2,22\%$ (95% ДИ $19,93 - 29,73\%$), что также было индикатором гипореактивности поверхностного аппарата Тц. При этом, различия с группой условно здоровых лиц, были в $2,15$ раза

меньше ($P < 0,0001$), результаты с адренергической индукцией составили 17,74% ($P = 0,378$), в то время как с АДФ-индуцированной реакцией 51,61% ($P = 0,0005$).

ВЫВОДЫ. В период ремиссии ХОПН выявлена гипореактивность адренорецепторов Тц. Сохранение критического уровня пуринаргических рецепторов на Тц обеспечивается за счет потенцирования активности последних к адреналину и поддержание минимального агрегационного ответа. Уровень провоспалительного стимула

(ФАТ-индуцированная агрегация Тц) незначителен, что дает основание предполагать низкое вовлечение лейкоцитов в патологический очаг. Можно резюмировать, что гипореактивность рецепторного аппарата Тц выражена в комбинации АДФ > Адреналин = ФАТ. При этом реактивность Тц была снижена у группы условно здоровых лиц, что говорит о ведущем пуринаргическом (адаптационном) пути поддержания агрегационного ответа у данных пациентов.

Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Фабер Т.И. Гиллер Д.И., Плаха А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ

В период сложной эпидемиологической ситуации, важным вопросом остается поддержание должного уровня образования и его контроля. Это основная задача для теоретической кафедры медицинского ВУЗа, поскольку конечным результатом является формирование базовых знаний, для последующего обучения на клинических кафедрах. Дистанционное обучение, является хорошим дополнительным ресурсом для очной формы обучения, при комбинации которых достигается максимальное усвоение материала. Самостоятельная подготовка студентов к практическим занятиям на данный момент обеспечивается разными способами подачи учебного материала (текстовые лекции и/или лекции с сочетанием видео- и аудиоэлементов, онлайн видео-консультации, обучающие видеозаписи с комментариями преподавателя).

Наличие постоянно пополняющейся и обновляемого раздела кафедры на базе Moodle не вызвало проблем при переходе студентов на онлайн-обучение в условиях дистанционного режима. В разделе курса гистологии на платформе Moodle присутствуют разделы лекций, согласно календарно-тематическим планам, задания для самостоятельной подготовки (интерактивный блок с обучающими и контролирующими материалами), шаблон для выполнения полученных навыков и тестовый контроль. Студенты отправляют выполненные задания, которые в последующем проверяются преподавателями согласно расписанию занятий. Эффективность данных образовательных элементов не вызывает сомнения у преподавателей нашей кафедры.

Одним из дополнительных способов подготовки студентов, стало использование онлайн-

консультации на платформе Zoom. Данный метод помог решить ряд проблем: а). студенты могут задавать вопросы напрямую; б). при изложении теоретического материала преподавателем, тема воспринимается лучше; в). возможность объединения нескольких групп в одно время; г). преподаватель выделяет ключевые моменты в теме, а второстепенные вопросы студент изучает самостоятельно. Эффективность использования данного метода была доказана при проверке контрольного блока знаний.

Кроме того, важнейшей проблемой остается ликвидация академической задолженности студентами. Нами проведен анализ количества пропусков студентами. Примечательно, что в «период сентябрь-октябрь» прирост количества пропусков по дисциплине «Гистология, цитология и эмбриология» составил 43,6%. Интересным фактом остается то, что количество пропусков по дисциплине «Гистофизиология висцеральных систем» снизилось на 33,48%.

На данный момент коллектив кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии определил и продолжает совершенствовать комплекс мер по борьбе с ростом количества пропусков студентами. На данный момент оптимальным выходом стало проведения отработки пропущенных занятий в формате видеоконференции Zoom. Без сомнения, важнейшими факторами также остается постоянный мониторинг количества пропусков студентами, координационная работа совместно с деканатами, а также индивидуальный подход и обратная связь. Это позволяет обучению в дистанционном формате частично приблизиться по уровню эффективности к очной форме обучения.

Баринов Э.Ф., Фабер Т.И., Перенесенко А.О., Фабер А.И., Гиллер Д.И., Плаха А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

ОСОБЕННОСТИ РЕЦЕПТОРНЫХ ФЕНОТИПОВ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – изучить агрегационную активность тромбоцитов (Тц) путем индукции агонистов у пациентов с и без нарушения мозгового кровообращения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследована периферическая кровь пациентов с первой стадией хронической ишемии мозга (ХИМ) (n=26). Были выделены группа исследования (группа 1), в которую вошли пациенты без нарушения мозгового кровообращения (НМК) (n=13), группа сравнения (группа 2) пациенты с НМК (n=13). Для анализа агрегационной активности Тц использовали агонисты в эффективных концентрациях: аутокринный регулятор – АДФ (5 мкМ), системный регулятор и маркер активации симпатoadреналовой системы – адреналин (10 мкМ), аденозинтрифосфат как маркер клеточной дегградации (АТФ) (100мкМ). Агонисты использовались в эффективной дозировке ЕС50%. Исследования производились на агрегометре Chrono-Log (США). Анализ результатов произведен в статистическом пакете MedCalc Software2010. Различия считались достоверными при $P \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При анализе группы 1, адреналин-индуцированной агрегации Тц был выявлен результат на уровне $43,5 \pm 0,3\%$ (95% ДИ 27,50- 59,49%). Данный показатель был на 15% ниже, чем верхняя граница нормореактивности ЕС50% ($P = 0,037$). Однако, оба показателя находились в диапазоне референсного значения агрегации Тц. Показатель АДФ индуцированной агрегации Тц составил $51,2 \pm 4,8\%$ (95% ДИ 40,04-62,39%). Данный уровень активности Тц был аналогичен значению условно здоровых лиц ($P = 0,9145$). По сравнению с адреналин-индуцированной агрегацией результат составил 17,07% разницы ($P = 0,2431$). Уровень АТФ-индуцированной агрегации составил $23,3 \pm 3,1\%$

(95% ДИ 15,92 – 30,82%). ЕС 50% для АТФ составило $53,47 \pm 2,84\%$ (95% ДИ 47,27-89,65). При этом результат достоверно отличался на 20% и на 28%, по сравнению с индукцией адреналином и АДФ ($P = 0,0001$ и $P < 0,0001$, соответственно). При исследовании группы 2 индукция адреналином составила $50,6 \pm 2,197$ (95% ДИ 45,630 – 55,57%), что было аналогично группе условно здоровых волонтеров ($P = 0,955$) и на 16,32% больше, чем уровень агрегации группы 1 ($P = 0,035$). Агрегация с АДФ составила $53,88 \pm 4,934\%$ (95% ДИ 42,51 – 65,26%). Данный показатель был всего на 3,61% больше, чем агрегация условно здоровых лиц ($P = 0,795$) и на 5,19% выше, чем показатель групп 1 ($P = 0,704$). Уровень АТФ-индуцированной агрегации Тц составила в данной группе $28,0 \pm 1,53\%$ (95% ДИ 24,52 – 31,47%). Данный показатель был на 47,3% меньше по сравнению с результатом группы условно здоровых лиц ($P = 0,0034$) и на 35,26% больше относительно группы 1 ($P = 0,0248$). При этом результат достоверно отличался на 44,7% и на 48%, по сравнению с индукцией адреналином и АДФ ($P < 0,0001$ и $P = 0,0001$, соответственно).

ВЫВОД: таким образом, можно сделать вывод, что в группе 1 и в группе 2 был выявлен фенотип кластера рецепторов АДФ=адреналин>АТФ. Данный факт позволяет констатировать преобладание адаптационных реакций Тц (АДФ) и адекватный ответ на активацию симпатoadреналовой системы (адреналин). И хотя, АТФ, как маркер клеточной и тканевой дегградации не является ведущим, в группе 2 этот показатель достоверно повышен. Этот факт требует более расширенного изучения реактивности пуриновых рецепторов у пациентов с ХИМ.

Баринов Э.Ф., Черкасова Н. А., Фабер Т.И., Крахоткина Е.Д., Николенко О.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ТРУДНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ГИСТОЛОГИИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ПОЛНОЕ ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ПЕРИОД САМОИЗОЛЯЦИИ В СВЯЗИ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19

Цель. Анализ опыта полного дистанционного обучения студентов на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии Дон НМУ во время самоизоляции, вызванной пандемией новой коронавирусной инфекции, для выяснения степени эффективности изучения данной дисциплины, тех трудностей, которые возникли у обучающихся и поиска путей их преодоления.

Материалы и методы. Путем социологического опроса (анонимное анкетирование, в котором участвовало 173 студента) было установлено личное отношение студентов медицинского университета к переходу на полное дистанционное обучение. 86,7% студентов высказали свое негативное отношение к данному формату получения знаний, при этом практически столько же студентов, 85,2%, были удовлетворены использованием дистанционных технологий как вспомогательных при очной форме обучения. 99% студентов указали на то, что при изучении материала наиболее трудным оказалось выполнение практической части занятий, самостоятельное изучение гистологических препаратов и определение гистологических элементов в них. 96% обучающихся на нашей кафедре студентов признались, что не могут самостоятельно сформировать профессиональные потребности и конечные цели обучения. Очень многие студенты, таких 58%, оценили свою мотивацию к обучению как низкую.

Результаты и обсуждение. Компетентностный подход является определяющим для медицинских вузов. Обучение на кафедре гистологии цитологии и эмбриологии ДонНМУ, ориентировано на овладение студентами профессиональными компетенциями, что достигается целеполаганием, применением теоретических знаний на практике и проблемным изложением теоретического материала. Но при переходе на полное дистанционное образование наши студенты, прежде всего столкнулись с трудностью самостоятельно правильно сформулировать цели при изучении материала и пути их достижения. Это объясняется объективным отсутствием достаточных знаний у студентов младших курсов и невозможностью общения с носителем про-

фессиональной информации. Данная ситуация чревата, так как увеличивает разрыв между теми требованиями, которые предъявлялись студенту в процессе дистанционного обучения и теми, которые предъявляются в реальной профессиональной деятельности.

В нашем исследовании был определен ряд существенных негативных сторон полного дистанционного изучения гистологии. Овладение практическими навыками оказалось на грани невозможного. Ограниченные возможности управляемой самостоятельной работы студентов, включающие контроль со стороны преподавателя способности студента идентифицировать структуры в гистологических препаратах, определять ключевые морфологические признаки органов, т.е. проводить диагностику и трактовать полученные результаты гистологических исследований. Проблемное обучение, применяемое на нашей кафедре, которое возможно лишь при определенном стиле общения между преподавателем и обучающимся в виде диалога, дающее «знания-умения» невозможно было реализовать во время полного дистанционного обучения. Ограниченные возможности при контроле формирования умений, что не дает возможности сделать обучение интересным, и в свою очередь, снижает мотивацию. При этом, студент должен самостоятельно сформулировать потребности и конечные цели при изучении каждой темы, что делает данную задачу крайне трудной (почти невозможной), так как студент лишен возможности общения с носителями профессиональной информации. Предъявляемые очень высокие требования к личностным качествам студентов, а это мотивированность, честность, жесткая дисциплинированность, умение работать, не выходя из графика вводило многих студентов в состояние стресса и сказывалось на качестве усвоения знаний.

Выводы. Все выше сказанное, скорее, требует пересмотра учебных технологий во время возможного в будущем полного дистанционного обучения и закрепляет положение об очной форме получения образования, как единственно возможной при обучении в медицинском вузе.

Барина А.С., Налетов А.В., Островский И.М., Настобурко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
КУ «Городская детская клиническая больница №2 г. Донецка»

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРОВОДИМОЙ ИХ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Инфекция *Helicobacter pylori* (НР) является важнейшим этиопатогенетическим фактором формирования хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП) среди пациентов различных возрастных групп, а эрадикация данного микроорганизма – основным методом лечения данных больных.

Цель. Определить влияние уровня приверженности родителей к проводимой антихеликобактерной терапии на оценку качества жизни (КЖ) у детей с язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материалы и методы. Обследовано 80 детей старшего школьного возраста (12-17 лет) с ЯБ ДПК, ассоциированной с НР. Всем пациентам была назначена стандартная трехкомпонентная схема эрадикации НР (омепразол, кларитромицин, амоксициллин). Пациенты были разделены на две группы по 40 детей: основную группу и группу сравнения. С пациентами группы сравнения в присутствии их родителей была проведена беседа, направленная на повышение уровня приверженности к проводимой терапии. В качестве группы контроля обследовано 25 здоровых детей. Всем детям была проведена оценка КЖ исходно и через месяц после завершения эрадикации НР. Для оценки КЖ использовали опросник «SF-36 Health Status Survey», содержащий 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий КЖ: «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «интенсивность боли», «общее здоровье», «жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «психическое здоровье».

Результаты исследования. Перед началом исследования средние значения показателей КЖ по всем шкалам не имели статистически значимого уровня отличия между группами пациентов с ЯБ ДПК. При этом среди пациентов, страдающих ХГДП, показатели КЖ по всем шкалам были статистически значимо ниже относительно

но детей группы контроля. Среди пациентов основной группы успешная эрадикация НР была достигнута лишь у 47,5% (95% ДИ 31,9-63,3%) пациентов. У пациентов группы сравнения доля данных пациентов была статистически значимо ($p < 0,05$) выше относительно детей основной группы – 87,5% (95% ДИ 75,2-96,0%).

Через 1 месяц после завершения антихеликобактерной терапии в обеих группах пациентов отмечена положительная динамика показателей КЖ. Однако среди пациентов группы сравнения показатели КЖ по всем шкалам на контрольном приеме были статистически значимо выше ($p < 0,05$) относительно исходных значений. В основной группе лишь по пяти шкалам: «интенсивность боли», «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование» показатели КЖ на фоне терапии имели статистически значимо ($p < 0,05$) более высокие значения относительно исходных показателей. При этом установлено, что среди пациентов группы сравнения средние значения по шкалам «ролевое физическое функционирование», «жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование» не имели статистически значимых отличий ($p > 0,05$) от соответствующих показателей группы контроля. Среди пациентов основной группы все показатели по шкалам, отражающих как физическое, так и психологическое здоровье, были статистически значимо ($p < 0,05$) ниже относительно пациентов группы контроля.

Выводы. Таким образом, установлено, что мероприятия по повышению уровня приверженности родителей к проводимому их ребенку, страдающему ХГДП, лечению играют важную роль в отношении положительной динамики показателей КЖ на фоне повышения уровня эффективности эрадикации НР.

Басий Р.В., Довгялло Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКУРСНИКОВ В ВУЗЕ

Начало обучения в вузе сопровождается не только сменой механизмов и методов обучения, что вызывает некоторые трудности у вчерашних школьников, но и появлением новой социальной среды, что требует быстрого и эффективного включения первокурсника в новую социальную группу. От того, насколько быстро произойдет социализация студента, зависит, по большому счету, то, насколько эффективно и осознанно будет проходить процесс обучения.

Основополагающую роль в успешной адаптации студентов является установление межличностных контактов, формирование новых социальных групп и участие первокурсника в уже существующих малых группах. Ведущую роль в решении данной задачи играют социальные сети, которые позволяют решить основные проблемы студентов: непонимание механизмов функционирования вуза, незнание основных норм поведения, присущих новому социуму, недостаток учебной информации.

По результатам опроса первокурсников, в среднем, 70% из них проводят за общением в социальных сетях более 3 часов в день, используя для этого смартфоны, ноутбуки, планшетные компьютеры. Почти 90% участников опроса используют более одного вида социального общения (мобильные мессенджеры, социальные сети и т.д.). Наиболее «популярной» социальной сетью является социальная сеть «ВКонтакте». Около 98% студентов первого курса организованы в сообщества в данной социальной сети по академическим группам, еще 76% состоят в сообществах соответствующих деканатов, две трети опрошенных отмечает, что пользуются учебной информацией, размещенной в группах, имеющих отношение к другим вузам, почти 80% были участниками сообществ вуза накануне начала учебы в университете. Почти 95% респон-

дентов отметили, что данная социальная сеть наиболее удобна для обмена информацией и общения студентов между собой. Из недостатков данной социальной сети респонденты, в основном, отмечают

Что касается основных целей использования социальных сетей, то 95% опрошенных на первое место поставили получение информации. На втором месте по значимости оказалось общение с друзьями. Всего 30% использовали социальные сети для создания и поддержания новых социальных контактов.

Учитывая широкую популярность социальных сетей среди студентов, стоит задуматься о более эффективном использовании этого ресурса для социальной адаптации первокурсников к обучению в вузе, создавая условия для онлайн- и оффлайн-взаимодействия студентов между собой, а также с представителями деканатов, кураторами групп, преподавателями и сотрудниками университета. Группы и сообщества в социальных сетях позволят привлечь максимальное количество студентов и к внеурочным спортивным, культурным мероприятиям, волонтерской и научной деятельности.

Применение в виртуальных сообществах современных технологий, позволит участникам самостоятельно создавать учебный контент, что стимулирует познавательную деятельность, а возможность совмещения индивидуальных и групповых форм работы способствует большей степени понимания и усвоения материала, а также выстраиванию индивидуальных образовательных траекторий. Наличие возможности коммуникации всех участников группы, коллективной оценки результатов учебной деятельности позволит обеспечить процесс обучения, выходящий за рамки учебных занятий.

Башкатова Л.В., Евдокимова Е.Н.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Частота возникновения злокачественных заболеваний у детей в возрасте от 0 до 18 лет, со-

гласно статистическим данным РФ, составляет 10-15 случаев на 100000 населения. В большин-

стве случаев, особенно если речь идет о злокачественной солидной опухоли, диагноз устанавливается, как правило, поздно. Причинами поздней диагностики является несвоевременная обращаемость родителей и отсутствие принципов онкологической настороженности среди педиатров.

Цель работы: изучить структуру солидных опухолей, выявить случаи несвоевременной диагностики.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ первичной документации 20 детей в возрасте от 0 до 16 лет со злокачественными опухолями, 12 девочек (60%) и 8 мальчиков (40%). Изучен анамнез, проанализированы случаи позднего выявления солидных опухолей детей, находящихся на диспансерном учете в гематологическом отделении ГУ ЛНР «Республканская детская клиническая больница» г. Луганска.

Результаты и обсуждение. Структура заболеваемости представлена следующим образом: нефробластома – 8 детей (40%), остеогенная саркома – 4 ребенка (20%), герминогенные опухоли, нейробластома, рабдомиосаркома, гепатобластома – по 2 ребенка. Дошкольного возраста 10 детей, остальные – школьного. Анализ анамнестических данных показал, что более чем в половине случаев имела место поздняя госпитализация в онкогематологическое отделение. Большинство детей (70%) в начале заболевания лечились у педиатров, ЛОР-врачей, ортопедо-травматологов и врачей других специальностей. Причинами обращаемости были лихорадка, бледность, снижение аппетита, похудение, плохой сон, нарушения со стороны стула (понос или запор), нарушения походки. Длительное время эти дети получали терапию по поводу других заболеваний, которая была неэффективна.

В результате эти дети поступали спустя недели и месяцы после появления первых симптомов на поздних стадиях заболевания. Наибольший практический интерес с точки зрения диагностики представляет альвеолярная рабдомиосаркома органов малого таза. Больной А, 11 лет, поступил в онкогематологическое отделение с жалобами на периодические боли в области поясницы, промежности, отсутствие самостоятельного стула, нарушение походки из-за болезненности. Лечился в хирургическом отделении, был выписан с незначительным улучшением. Но дома состояние ухудшилось, усилились боли в спине, появился понос, отечность наружных половых органов, сохранялось нарушение походки. Был госпитализирован в онкогематологическое отделение с подозрением на опухолевое заболевание. При осмотре отмечалась асимметричность живота за счет припухлости мягких тканей в левой паховой области. В клиническом анализе крови обнаружена анемия I степени и ускоренная СОЭ. При УЗИ органов малого таза обнаружено солидное образование. По результатам патогистологического исследования образования выявлена альвеолярная рабдомиосаркома с метастазами в лимфоузлы. Нередко пальпация опухолевидного образования такой локализации бывает затруднительна, поэтому необходимо прибегать в таких случаях к инструментальным методам исследования (УЗИ, КТ, МРТ) для визуализации опухолевого образования.

Заключение: 1. Злокачественные образования в детском возрасте зачастую скрываются под различными «масками», что затрудняет своевременную диагностику.

2. При сборе анамнеза и обследовании ребенка педиатрам необходимо проявлять онкологическую настороженность.

Безкаравайный Б.А., Сенченко Н.Г., Лигус В.Ю.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

ПРОБЛЕМЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В НЕОНАТОЛОГИИ. РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В структуре заболеваемости новорожденных лидирующие позиции занимает инфекционная патология. Важную роль в развитии, течении заболеваний и исходе играют условно-патогенные микроорганизмы. В условиях стационара они подвергаются селекции, приобретают множественную устойчивость и обуславливают высокий риск развития тяжелого инфекционного процесса.

Цель работы: 1) изучить микробный спектр биологических сред у новорожденных детей, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии;

2) провести анализ данных чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам.

3) Изучить особенности резистентности выделенной микрофлоры к антибиотикам у новорожденных в ОРИТ ГУ ЛНР Луганской респу-

бликанской детской клинической больницы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 256 детей, поступивших на лечение в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных Луганской республиканской детской клинической больницы. Проведено бактериологическое исследование различных биологических материалов (в зависимости от диагноза) на предмет наличия патогенной микрофлоры: слизь из зева, носа, трахеобронхиального дерева, кровь, ликвор, отделяемое из раны, кал.

Результаты и их обсуждение. Анализ историй болезней новорожденных детей, находившихся на лечении в ОРИТ выявил инфицированность как грамположительными, так и грамотрицательными микроорганизмами. Три и более возбудителей были выделены у 6 детей (2,3%). Два возбудителя были выявлены у 16 детей (6,3%). Микробиологическое исследование различных биологических сред новорожденных в 52% случаев выявило присутствие грамотрицательной микрофлоры. Беременные в 87,7% случаев в третьем триместре получали антибиотики.

Бактериологический спектр представлен следующими микроорганизмами: *acinetobacter baumannii* – 44,4%, *staphylococcus aureus* – 22,2%, *Candida albicans* – 19,4%, *enterobacter cloacae* – 16,6%, *pseudomonas aeruginosa* – 13,8%,

staphylococcus epidermidis – 8,3%, *klebsiella pneumoniae* – 5,5%, *enterobacter faecalis* – 2,7%, *streptococcus pneumoniae* – 2,7%, *Enterobacter aerogenes* – 2,7%, *klebsiella oxytoca* – 2,7%, *E. Coli* – 2,7%.

Анализ антибиотикограмм биологических сред новорожденных выявил резистентность микрофлоры к наиболее часто применяемым группам антибиотиков, что может быть следствием инфицированности беременных женщин и проведением им антибактериальной терапии, а также наличием нозокомиальной инфекции.

Выводы: 1. Инфицированность полирезистентными штаммами микроорганизмов выявлена у 97,8% новорожденных.

2. Микробный спектр представлен преимущественно условно-патогенной микрофлорой (89,8%).

3. В 52% случаев выявлено присутствие грамотрицательной микрофлоры.

4. *Acinetobacter baumannii* занимает лидирующую позицию в спектре выделенной микрофлоры.

5. Выявленная микрофлора резистентна к наиболее часто применяемым группам антибиотиков.

6. В 10,2% случаев микрофлора была нозокомиальной.

Безуглый А.П.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ МЕТОДИК В КОСМЕТОЛОГИИ

Введение.

Филлеры применяются для волюметрической коррекции овала лица и уменьшения выраженности складок и мимических морщин. Инъекции филлеров очень популярны, так как дают видимые результаты сразу после процедуры. Однако, еще не создан абсолютно безопасный «идеальный филлер», введение которого не может вызвать осложнений. Ранние побочные эффекты могут включать локализованные временные реакции, такие как эритема, гематомы и боль, очень редко встречаются окклюзия сосудов и нарушения зрения. Побочные реакции с отсроченным началом все чаще вызывают озабоченность специалистов. Эти реакции проявляются в виде стойкого или циклически повторяющегося отека в области депозита филлера, также формируются пальпируемые узелки и узлы в коже и мягких

тканях. К поздним осложнениям относятся миграция филлера, формирование гранулемы инородного тела, инкапсуляция филлера, фиброзные изменения дермы и подкожной клетчатки.

Цель исследования.

Высокочастотное ультразвуковое исследование кожи и мягких тканей у пациентов с поздними осложнениями после инъекций филлеров.

Материалы и методы.

Проводили ВЧ УЗ исследование кожи и мягких тканей в области интереса у 28 пациенток с поздними осложнениями контурной пластики.

Для высокочастотного ультразвукового сканирования применяли датчики с частотой 22 и 33 МГц и разрешением 72 и 48 мкм, максимальной глубиной сканирования 30 и 8 мм соответственно.

Визуализировали патологические изменения

кожи и мягких тканей, введенные ранее препараты и окружающие ткани

Результаты.

Описаны высокочастотные ультразвуковые признаки гранулемы инородного тела, фиброза дермы и подкожной клетчатки, нерезорбированных депозитов филлера, миграции филлера.

Заключение.

При поздних осложнениях контурной пластики необходимо четко представлять локализацию

и степень резорбции филлера, а также патологические изменения тканей, контактирующих с филлером. Высокочастотное ультразвуковое исследование кожи высокого разрешения позволяет проводить более точную диагностику поздних осложнений контурной пластики, в частности при инкапсуляции препаратов, фиброзных изменениях тканей и гранулемах инородного тела.

Беликова Я.И., Гончарова В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОК С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Актуальность: атипичная гиперплазия эндометрия представляет собой предраковое состояние, связанное с 40% риском развития сопутствующего рака эндометрия. Хотя большинство случаев рака эндометрия, диагностированных интраоперационно при гистерэктомии по поводу атипичной гиперплазии эндометрия, имеют низкий риск и низкую стадию, примерно у 10% пациентов, у которых в конечном итоге диагностирован рак эндометрия, будет заболевание высокого риска, которое потребует оценки лимфатических узлов для принятия решений о адьювантной терапии. Учитывая эти риски, предпочтительно направлять пациентов к гинекологу-онкологу для окончательного лечения. В настоящее время существует мало данных о предикторах наличия сопутствующего рака эндометрия у пациентов с атипичной гиперплазией эндометрия.

Цель: определить, могут ли предоперационные факторы предсказать наличие рака эндометрия у пациенток с атипичной гиперплазией эндометрия; и описать способность данных предикторов предсказать, какие пациенты могут иметь более высокий риск поражения лимфатических узлов, требуя оценки лимфатических узлов во время гистерэктомии.

Материалы и методы: мы провели ретроспективное исследование женщин, перенесших гистерэктомию по поводу гистологически подтвержденной атипичной гиперплазии эндометрия с августа 2017 г. по сентябрь 2019 г. Были учтены демографические данные пациенток, сопутствующая патология, результаты обследо-

ваний до операции, морфологическое подтверждение окончательного диагноза.

Результаты: 112 пациенток соответствовали критериям отбора и были включены в исследование. Из них 64 (57,1%) имели окончательный морфологически подтвержденный диагноз атипичной гиперплазии эндометрия / другого доброкачественного заболевания, тогда как 48 (42,9%) в конечном итоге были диагностированы как рак эндометрия. Тесной зависимости между сопутствующей патологией выбранных пациенток и развитием рака эндометрия не было выявлено. 80% пациенток с раком эндометрия были в возрасте от 50 до 69 лет. Пациентки с раком эндометрия имели большее значение М-эхо по данным УЗИ в среднем по сравнению с пациентами без рака эндометрия (15,6 мм по сравнению с 11,3 мм). М-эхо ≥ 2 см была связана с практически 3-кратным увеличением вероятности наличия рака эндометрия: 92% женщин с раком эндометрия при М-эхо ≥ 2 см по сравнению с 34,3% женщин с раком эндометрия при М-эхо ≤ 2 см. В целом 89,6% случаев рака эндометрия относились к стадии T1a (Nx или N0).

Вывод: Толщина М-эхо и возраст пациенток самые значимые предикторы наличия рака эндометрия у женщин с атипичной гиперплазией эндометрия. Направление к гинекологу-онкологу может быть особенно оправданным у пациенток с атипичной гиперплазией эндометрия с М-эхо ≥ 2 см, учитывая повышенную частоту развития рака и потенциальную потребность в оценке лимфатических узлов.

Бережная М.Г., Сигитова Е.В., Гольнева А.П., Шевченко В.В., Старостина М.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОПОЛИНЕВРИТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность исследования. По эпидемиологическим данным, в 2019 году насчитывается около 38 миллионов человек в мире, которые живут с ВИЧ-инфекцией. Более чем у 50% больных на разной стадии заболевания наблюдаются ВИЧ-ассоциированные симптомы поражения нервной системы с преобладанием чувствительных нарушений в виде дистальной сенсорной полинейропатии.

Описание клинического случая. Пациент 39 л., поступил в неврологическое отделение ДОК-ТМО с жалобами на головную боль в височной области «сжимающего» характера, шаткость при ходьбе, слабость в ногах, боли в стопах и икроножных мышцах жгучего характера, нарушение сна (в виде укорочения сна до 2-х часов в сутки). Из анамнеза: около месяца назад, на фоне перенесенной ОРВИ, отметил повышение температуры до субфебрильных цифр, в течение 5-ти дней присоединилась головная боль и шаткость во время ходьбы. Спустя две недели, ввиду нарастания головной боли, вызвал бригаду скорой медицинской помощи, зафиксировано АД=150/90 мм рт.ст. (целевые цифры АД 125/75 мм рт.ст.). После оказания медицинской помощи состояние не улучшилось. Доставлен в терапевтическое отделение ГБ№12 г.Донецка, где находился с диагнозом: «Инфаркт головного мозга в бассейне правой среднемозговой и заднемозговой артерий с левосторонней рефлекторной пирамидной недостаточностью, ликворно-сосудистой гипертензией как следствие артериальной гипертензии». По линии экстренной медицинской помощи для уточнения диагноза осмотрен неврологом ДОК-ТМО. В неврологическом статусе: «Эмоционально лабилен, фиксирован на собственных ощущениях. Снижение когнитивных функций (MMSE) – 21 балл). Рефлексы с рук, коленей D > S, повышены, ахилловы рефлексы угнетены. Тетрапарез умеренно выраженный в руках, выраженный в ногах. Снижение мышечной силы в конечностях: верхние – 4 балла, нижние – 3 балла. Синдром Бабинского с 2-х сторон. Гиперестезия с гиперпатическим

эффектом в стопах. В позе Ромберга пошатывание, без четкой сторонности. Пальце-носовая проба – удовлетворительно. Походка атактическая». Проводили дифференциальный диагноз с полиневропатией, демиелинизирующим заболеванием, объемным образованием, менингитом, энцефалитом, миелопатией.

При обследовании внимание обращают на себя следующие данные: лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе, высокий титр ВИЧ. Данные магнитно-резонансная томография головного мозга без и с в/в контрастированием (Магневист 10,0): Изменения на уровне оболочек, борозд теменно-затылочных областей могут быть характерны для воспалительного оболочечного процесса (менингит, менингоэнцефалит). Спиральная компьютерная томография головного мозга: В перивентрикулярных отделах с двух сторон – зоны снижения плотности белого вещества мозга до 19-21 едН., вероятно, сосудистого генеза. Асимметрия и расширение желудочковой системы. Расширение субарахноидальных пространств.

Установлен диагноз: Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека. Подострый вторичный энцефаломиелополиневрит с тетрапарезом, умеренно выраженным в руках, выраженным в ногах, атактическим синдромом. Сопутствующий диагноз: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, СН0. Киста левой гайморовой пазухи. Астено-невротический синдром.

Выводы: В виду полиморфизма клинической картины сохраняется трудность в установлении диагноза заболеваний, ассоциированных с ВИЧ. Достоверно известно, что ранняя диагностика ВИЧ позволяет своевременно назначить специфическую терапию, предотвращает распространение инфекции и улучшает прогноз течения заболевания и прогноз жизни пациента. Описанный клинический случай демонстрирует возможность развития энцефаломиелополиневрита ассоциированного с ВИЧ, сложность диагностики у лиц молодого возраста без ранее выявленного ВИЧ-положительного статуса.

Беседина Е.И., Зяблицев Д.В., Бублик Я.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ О ВНЕДРЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

К вопросу о внедрении современных информационных технологий в систему здравоохранения Донецкой Народной Республики

Актуальность. Важным вкладом в развитие системы здравоохранения Донецкой Народной Республики является внедрение современных информационных технологий на всех уровнях оказания медицинской помощи населению.

Материалы и методы. Нами изучены основные способы внедрения современных информационных технологий (ИТ), применяемых в разных странах, в систему здравоохранения Донецкой Народной Республики. Рассматриваемые ИТ включают в себя: проведение телеконсультаций пациентов и персонала, обмен информацией о больных между различными учреждениями, дистанционное фиксирование физиологических параметров, контроль за проведением операций в реальном времени, автоматизацию работы лечебно-профилактических учреждений и медицинского персонала.

Результаты исследования. Нами установлено, что ведение электронных медицинских карт позволяет сократить время сотрудников клиник, потраченное на оформление различных бланков. Вся информация о пациенте представлена в одном документе, доступном медицинскому персоналу учреждения. Все данные об обследованиях и результаты процедур также вводятся непосредственно в электронную медицинскую карту. Это дает возможность другим специалистам оценить качество назначенного лечения, обнаружить неточности диагностики.

Следует отметить, что использование возможностей телемедицины позволяет врачам проводить онлайн-консультации в любое удобное время. При этом повышается доступность медицинских услуг. Люди могут получить квалифицированную помощь от опытных врачей удаленно. Это особенно необходимо людям с ограниченными физическими возможностями, попавшим в чрезвычайную ситуацию, людям, которые находятся в замкнутом пространстве, что особенно важно в условия пандемии COVID-19.

Применение современных аппаратно-программных комплексов, объединенных в сети позволяют улучшить управление лечебным учреждением за счет автоматизации работы администрации клиники, планово-экономического отдела, отдела кадров, финансовой службы, аптеки, материальных служб и, кроме этого упростят учет лекарственного обеспечения учреждения, помогут быстро проводить регистрацию приходно-расходных операций, выполнять контроль складов, формировать заявки на поставки лекарственных препаратов, контролировать расход медикаментов, проводить списание материалов, препаратов, создавать и передавать вышестоящим органам отчетную документацию.

Выводы: На основании вышеизложенного, можно заключить, что внедрение и совокупное использование современных ИТ в системе здравоохранения Донецкой Народной Республики позволит повысить качество медицинских услуг за счет увеличения времени на прием одного пациента, повышения доступности медицинской информации и образовательных ресурсов для граждан, уменьшить ошибки медицинского персонала, связанные с назначением лекарственных препаратов и выбором курса лечения, снизить временную нетрудоспособность граждан за счет снижения количества ошибок при постановке диагноза, снизить смертность и соответственно увеличить среднюю продолжительности жизни населения.

Несомненно, использование ИТ поможет снизить финансовые издержки медицинских учреждений и оптимизировать трудозатраты медицинского персонала за счет: автоматизации поиска необходимой информации и ведения текущей документации; повышения оперативности проведения консультаций, сбора анамнеза и постановки диагноза; подготовки документов (отчетов, заключений, рецептов и т.д.); доступа врачей к информации по новейшим методам лечения и новинкам в области лекарственных препаратов.

Беседина Е.И.¹, Петрова И.В.², Гриценко Л.З.¹, Демкович О.О.¹

¹ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

²Центральная городская клиническая больница № 1 г. Донецка

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ

Тенденция последних лет свидетельствует об изменении микробного пейзажа при гнойно-воспалительных заболеваниях легких. Эффективное и действенное лечение пневмоний невозможно без точной расшифровки этиологического фактора.

Идентификация микроорганизмов, представляющих условно-патогенную микрофлору нижних дыхательных путей у пациентов с внебольничными пневмониями, является актуальной проблемой современной пульмонологии.

Выявление микроорганизмов и оценка их чувствительности в патологическом материале являются важнейшим фактором, определяющими стратегию лечения и выбора антимикробной терапии.

Цель работы. Дать сравнительную оценку выделения патогенной и условно-патогенной флоры из биоматериала от людей, страдающих внебольничными пневмониями за отчетный период на базе инфекционного отделения ЦГКБ № 1 г. Донецка.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ исследований бактериологической лабораторией больницы, основанный на статистических данных за период 2018-2019 года. Изучено 840 штаммов различных микроорганизмов, выделенных из дыхательных путей больных пневмонией.

Результаты и обсуждение. Анализ структуры выделенной из биоматериала условно-патогенной микрофлоры показал, что в 2018 году более половины выделенных культур (58%, $p < 0,05$) относились к грамположительной кокковой флоре, среди которой чаще встречались стрептококки (32,5%) и стафилококки (25,3%) при $p < 0,05$.

Второе место по частоте встречаемости занимали грамотрицательные бактерии (27,7%) в том числе представители семейства Enterobacteriaceae: *Klebsiella pneumoniae* -19,5% и неферментирующие грамотрицательные бактерии – 8,5% ($p < 0,05$).

Удельный вес грибковой флоры составил 13,4% при доминировании *Candida albicans* -12%.

Доля прочих микроорганизмов составила менее 1%.

В 2019 году исследования биоматериала из дыхательных путей показали, что первое место (61%) среди выделенных возбудителей занимают представители семейства Enterobacteriaceae: *Klebsiella pneumoniae* – 34,5% и неферментирующие грамотрицательные бактерии – 26,5%.

Второе место по частоте выделяемости занимали грамположительные бактерии (21,2%), среди которых *Streptococcus pneumoniae* – 9,7% *Staphylococcus aureus* – 11,5%.

Удельный вес грибковой флоры составил 16,8% при доминировании *Candida albicans* -14,3%.

Доля прочих микроорганизмов составила менее 1%.

Выводы: Проведенная сравнительная оценка выделенных культур при гнойно-воспалительных заболеваниях легких показывает, что за последние два года поменялся видовой состав микроорганизмов, вызывающей пневмонию. Так, грамотрицательные бактерии семейства Enterobacteriaceae (*Klebsiella pneumoniae*) в 2019 г. преобладали над грамположительными бактериями (*Streptococcus pneumoniae*) при $p < 0,05$.

Беседина Е.И., Бублик Я.В., Зяблицев Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк

К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СОВРЕМЕННОГО РУКОВОДИТЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

Актуальность. Вопросы управления в практическом здравоохранении в настоящее время очень актуальны в связи с дефицитом медицинских кадров, качеством оказания медицинской помощи и удовлетворительностью ею населения, а также материальным обеспечением и оснащением учреждений здравоохранения. От руководителей практического здравоохранения требуется ряд определенных организационных умений и навыков, т.к. в условиях экономики Донецкой Народной Республики, особенно в рамках нестабильного развития необходимы рационализаторские подходы к эксплуатации имеющихся ресурсов, а также активизация участия в рыночных отношениях и применение инновационных методов менеджмента.

Материалы и методы. Нами проанализирована эффективность принимаемых управленческих решений в связи с наличием соответствующей профессиональной подготовки на основе проведенного анкетирования.

Результаты. Нами установлено, что в современном мире для того, чтобы занимать должность руководителя практического здравоохранения, быть успешным и продуктивным, необходимо обладать базовыми знаниями в области теории и методологии управления персоналом. Управление в лечебном учреждении играет ключевую роль, т.к. без данных мероприятий организация деятельности лечебного учреждения не имеет будущего.

Современный руководитель практического здравоохранения должен владеть не только фундаментальными основами менеджмента, но и уметь адаптироваться и приспосабливаться, а также рационально реализовывать управление в современной экономике, быстро реагировать на инновационные изменения. Так, например, применение новых моделей в менеджменте открывает новые возможности для деятельности не только самих руководителей практического здравоохранения, но и для работы сотрудников в целом.

Одной из основных проблем, стоящей в процессе развития современного управления в практическом здравоохранении, является про-

блема универсального руководителя, который в условиях нестабильности внешней среды способен к четкому и рациональному управлению с принятием на себя ответственности за принятые решения.

Также в настоящее время одной из самых насущных проблем выступает проблема управления персоналом лечебного учреждения, нехватка квалифицированных профессиональных кадров, что зачастую не позволяет эффективно реализовывать стоящие перед лечебным учреждением задачи и решать проблемы значимого характера.

Одним из методов повышения уровня эффективности современного управления является внедрение и применение в организации новаторского управления. Так, новаторское управление ставит перед собой ряд задач для повышения эффективности работы лечебного учреждения в виде следующих аспектов:

- наделение руководителя определенными знаниями, обеспечение его актуальной своевременной, а также истинной информацией;
- мотивация руководителя к творческому мышлению, новаторству в работе;
- гарантирование прав сотрудников на результаты своей интеллектуальной деятельности;
- обеспечение прав и интересов лечебного учреждения экономической системы, наделившей сотрудником необходимыми ресурсами для осуществления новаторского управления.

Выводы. На основе проведенных исследований можно заключить, что руководитель лечебного учреждения должен быть квалифицированным специалистом, обладающим соответствующими знаниями и владеющий практическими навыками в различных отраслях производственной сферы. Руководитель практического здравоохранения является внутренней формой социально – психологической программы, поэтому необходимо анализировать все аспекты менталитета коллектива, которым он руководит, в целях реализации эффективной деятельности лечебного учреждения, а также успешной управленческой политики.

Беседина Е.И., Бублик Я.В., Зяблицев Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНОЛОГИИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Актуальность. В настоящий период основная проблема современной концепции образования заключается не столько в том, чтобы донести как можно больший объем знаний, а сколько в том, чтобы обучить слушателей, получать эти знания самостоятельно. Активное внедрение современных технических средств в систему образования коренным образом изменило подходы к образовательному процессу во многих странах мира, включая и Донецкую Народную Республику.

Материалы и методы. Нами изучена эффективность дистанционной формы обучения организаторов здравоохранения на основе анализа качества выполнения курсовых индивидуальных занятий.

Результаты. По нашему мнению, дистанционное обучение в данный момент является инновационно – современной формой обучения, которая дает возможность получать знания через интернет под контролем педагога.

Перед нами была поставлена задача предоставить обучающимся материалы качественного образования, которые дадут возможность им эффективно адаптироваться к изменяющимся социально – экономическим условиям и благополучно интегрироваться в современное общество, что является целью дистанционного обучения.

На сегодняшний день в условиях пандемии COVID-19 во всех Вузах Донецкой Народной Республике были внедрены технологии дистанционного обучения, как основной вид преподавания.

Нами были использованы следующие виды обучения: лекции (видеоматериал – выступление, интерактивные лекции – обучающийся самостоятельно исследует присланный педагогом материал, а также в процессе изучения отвечает на интерактивные вопросы); видеоконференции, форумы, дискуссии; чат -занятия, которые предполагают применение разговор – технологий. Такие занятия проводились в фиксированное время и день; вебинары, деловые игры, семинары, а также другие занятия с применением средств телекоммуникаций и других возможностей сети интернет.

Для организации дистанционного обучения, нами были использованы комплексные подходы, а именно: технический подход, технологический подход (оформление содержательной ча-

сти в виде текстового файла, графиков, таблиц и другого вспомогательного материала), методические подходы (принимались во внимание ряд особенностей, какими владеет данная модель обучения), управленческий подход (в процессе организации дистанционного обучения решались целый ряд управленческих задач), профессиональный подход (обучение направлено на освоение основных профессиональных навыков).

По нашему мнению, организация дистанционного обучения, как инновационный проект, должно включать в себя ряд крупных блоков и реализоваться с помощью следующего комплекса мероприятий: внедрения информативной концепции дистанционного обучения, что предполагает: повышение уровня профессиональной подготовки педагогов; исследование педагогами и обучающимися возможностей системы дистанционного обучения; практическое применение системы дистанционного обучения для организации обучения; разработку поддержки основного направления и действующих факультетов различных дистанционных курсов. Данное направление деятельности предполагает: организацию подготовки преподавателей по вопросам дистанционного обучения; установка на компьютеры необходимого программного обеспечения; формирование и наполнение содержанием основных направлений, включая создание электронных систем тестов, моделирование интерактивных упражнений с дальнейшим размещением материалов в системе дистанционного обучения; разработку учебно – методических комплектов (календарно – тематических планов лекций и практически – семинарских занятий); перечень используемых медиа-материалов; общетеоретический материал; система для проведения контрольного тестирования по изученному материалу; итоговые тесты; электронная библиотека, а также электронные ссылки).

Выводы. На основании вышеизложенного, можно заключить, что характерные особенности организации учебного процесса на основе дистанционного обучения обладают: большими возможностями самостоятельного изучения материала, при наличии обязательного владения компьютером, относительную независимость в определении времени и места выполнения заданий, высокий уровень интерактивности, потреб-

ность регулярного систематического контроля, за усвоением знаний. Результат дистанционного обучения сопряжен с тем, насколько учитыва-

ются психологические, педагогические и медицинские подходы дистанционного обучения, насколько четко организован учебный процесс.

Бессмертная Ю.В., Донская С.И., Бессмертный А.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО

ПРИМЕНЕНИЕ УВЛАЖНЯЮЩЕГО АГЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА, КАК ОДНОГО ИЗ СПОСОБОВ СНИЖЕНИЯ ПОСТОПЕРАТИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В своей практической работе врач-стоматолог неизбежно сталкивается с возникновением осложнений при применении адгезивной техники реставрации. Одним из таких осложнений является постоперационная чувствительность, связанная с невозможностью идеального контроля за оптимальной влажностью дентина после протравливания. По данным литературы, частота возникновения данной проблемы может быть уменьшена за счет предварительного применения увлажнителя дентина (wetting agent) – жидкости, представляющей собой водный раствор гидрофильного мономера, чаще всего НЕМА (2-гидроксиэтилметакрилат)

В связи с этим, целью нашего исследования стало изучение влияния увлажнителя дентина на частоту возникновения постоперационной чувствительности при пломбировании полостей первого класса по Блэку.

Материалы и методы. Для проведения исследования были отобраны 60 пациентов возрастом 35-50 лет с диагнозом хронический глубокий кариес, которым проводилось пломбирование кариозных полостей первого класса по Блэку согласно протоколу техники тотального протравливания с использованием адгезивной системы 5 поколения Adper Single Bond 2 и композиционного материала Filtek Ultimate (3M ESPE). Со-

гласно инструкции, среди прочих компонентов НЕМА также входит в состав Adper Single Bond 2, однако количественный состав не указывается.

Пациентов разделили на две равные группы. В контрольной группе (30 человек) – дефекты восстанавливали фотокомпозитом с стандартной адгезивной подготовкой методом тотального травления. У пациентов основной группы (30 человек) пломбировали полости зубов с помощью той же методики, но после тотального травления твердых тканей наносился увлажнитель дентина Aqua-Prer F (BISCO) на дентин в течение 15-20 секунд.

Результаты. Постоперационная чувствительность в основной группе (с дополнительным использованием увлажнителя дентина) встречалась достоверно реже. Всего такую жалобу предъявили 3 человека (10%). А в контрольной группе жалобы на чувствительность зубов после пломбирования предъявляли 7 человек (23%).

Вывод. Использование при пломбировании глубоких кариозных полостей в технике тотального травления увлажнителя дентина, содержащего 2-гидроксиэтилметакрилат, достоверно снижает частоту возникновения постоперационной чувствительности и может быть рекомендовано для использования в повседневной практике.

Бискаев П.О.

ФГБОУ ВО «Сибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕУДОЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Цель исследования. Провести литературный обзор и анализ клинических, теоретических и экспериментальных исследований по оценке влияния факторов, приводящих к осложнениям после эндопротезирования тазобедренных суставов.

Материалы и методы. Изучен 21 источник,

19 из которых – отечественные, 2 – зарубежные. Проведен систематический обзор и анализ данных литературы.

Результаты исследования. Изучены работы, описывающие причины реэндопротезирования; прогноз гнойных осложнений; влияние хирургического доступа на результаты операции;

осложнения, связанные с внутренними протезными устройствами сустава. Анализ источников позволил определить основные факторы риска развития осложнений, влияющие на темпы износа вкладыша, факторы риска развития перипротезной инфекции. На основании факторов риска вывиха эндопротеза создана модель вероятности его получения у пациента.

Механические причины осложнений, возникающих после эндопротезирования, условно можно разделить на 3 группы: 1) связанные с пациентом (травмы); 2) связанные с имплантом, его механическими повреждениями; 3) ошибки хирургической техники. Выполненный анализ клинических результатов показал, что операция тотального эндопротезирования с малоинвазивными доступами MISAL и МДМ позволяют добиться лучшего восстановления сустава. Эндопротезирование с использованием цемента чаще приводит к осложнениям из-за того, что оно преимущественно используется у пожилых пациентов с низкой регенерацией ткани и сниженным иммунитетом. При реэндопротезировании ТБС с использованием бедренного компонента Alloclassic SL прямоугольного сечения при асептическом расшатывании эндопротеза получают стабильную фиксацию.

Определена роль послеоперационной профилактики венозных тромбэмболических осложнений. Было установлено, что анемия средней и тяжелой степени в раннем послеоперационном периоде сопровождается развитием инфаркта

миокарда и делирия. Изучены возникновения гнойно-воспалительных осложнений, которые зависят от вида фиксации импланта, возраста пациента и перенесенных операций с ИМТ >40 кг/м² исходным гемоглобином < 115 г/л, ходом операции > 90 мин и интраоперационной кровопотерей > 410 мл. Касаемо потери крови, то применение транексамовой кислоты уменьшает интраоперационную дренажную кровопотерю.

Развитие перипротезной инфекции вызвано транслокацией *Actinomyces odontolyticus* в перипротезные ткани, но для полной верификации требуется секвенирование штаммов. Наблюдения авторов подтверждают необходимость санации очагов инфекции перед эндопротезированием. Ранний подход к диагностике возбудителя, выбор хирургической тактики, антибиотикотерапия являются важными составляющими профилактики инфекции.

Выводы. На основании полученных результатов выделены основные причины неудовлетворительных исходов после эндопротезирования: 1) расшатывание и асептическая нестабильность компонентов эндопротеза; 2) рецидивирующие вывихи головки эндопротеза; 3) механические повреждения компонентов; 4) износ в паре трения (частая причина ревизионного эндопротезирования); 5) остеолит и перипротезные переломы; 6) первое место среди перечисленных факторов занимает инфекция, составляющая половину причин.

Благинина И.И., Реброва О.А., Блудова Н.Г., Бахтияров П.Д.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТЫТЕЛЯ ЛУКИ»

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Анкилозирующий спондилит (АС) занимает значимое место среди ревматической патологии, что обусловлено высокими темпами прогрессирования патологического процесса, инвалидизации больных. Доказано, что хронический стресс и высокий уровень «провоспалительных» медиаторов являются предикторами депрессии, а хроническая боль и прогрессирующий характер заболевания, присущие АС, обуславливают низкое качество жизни, ограничивая физическую активность пациентов и способствуя развитию расстройств психоэмоциональной сферы.

Цель исследования: оценить степень влияния хронического стресса на выраженность психоэ-

моциональных расстройств у пациентов с анкилозирующим спондилитом.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с верифицированным диагнозом АС, наблюдавшиеся у ревматологов г. Луганска с 2010 г. 1 группа – 203 пациента (м – 62,1%, ж – 37,9%; средний возраст 42,4±9,9 г; длительность заболевания 136,2±81,4 мес), находившиеся под наблюдением с 2010 по март 2014 г. 2 группа – 154 пациента (м – 66,2%, ж – 33,8%; средний возраст 40,9±10,7 г; длительность заболевания 144,8±78,9 мес), обследованных с октября 2016 по 2020 год (после периода активных боевых действий). Обе группы были

сопоставимы по периоду наблюдения, активности заболевания, рентгенологической картине, степени функциональных нарушений.

В группах была исследована частота тревожно-депрессивных расстройств и их выраженность по шкале тревоги Спилбергера – реактивная (РТ) и личностная тревожность (ЛТ) и шкале депрессии Гамильтона (ШДГ). Также изучали выраженность вегетативных нарушений путём тестирования по методикам «Вейн-пациент» – ВП и «Вейн-врач» ВВ, где возможная вегетативная дисфункция (ВД) – более 15 баллов по ВП, а подтверждённая ВД – более 25 баллов по ВВ.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе психоэмоциональные нарушения различной степени выраженности установлены у 33 (16,3%) пациентов – подгруппа I, а во 2-й – у 49 (31,8%) – подгруппа II. При изучении средних показателей РТ, ЛТ и ШДГ в данных подгруппах установлено, что достоверно более высокие их уровни ($p=0,011$, $p=0,007$ и $p=0,01$ соответственно) наблюдались в подгруппе II, что составило $35,7\pm 7,7$, $43,6\pm 8,9$ и $15,6\pm 5,75$ баллов, в сравне-

нии с подгруппой I, где они составили $31,4\pm 5,3$, $38,6\pm 7,7$ и $12,5\pm 5,0$ баллов. В подгруппе I признаки психотической депрессии выявлены в 3 случаях (9,1%), а во II-й – в 12 (24,5%) соответственно; для остальных пациентов была характерна несихотическая депрессия. В I подгруппе умеренная РТ установлена у всех обследованных, а умеренная выраженность ЛТ – в 84,8% наблюдений. А во II – у 81,6% зарегистрирована умеренная РТ и в 65,3% случаев умеренная ЛТ. В остальных случаях в подгруппах выявлена выраженная РТ и ЛТ. У пациентов обеих подгрупп установлено наличие признаков ВД. Однако, во II подгруппе, по данным анкетирования ВП и ВВ, установлено более значимое превышение нормы ($19,8\pm 0,5$ балла и $29,8\pm 0,7$ баллов соответственно), чем в I-й ($16,9\pm 0,6$ и $27,1\pm 0,8$ баллов).

Выводы. У пациентов с АС, подвергавшихся хроническому стрессу вследствие боевых действий, достоверно более часто выявлялись признаки психоэмоциональных расстройств в виде повышенной тревожности, психотической депрессии и вегетативных нарушений.

Бодаченко К.А., Колосова Т.А., Семеней В.Я., Демяненко А.А.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк, ДНР.

РОЛЬ ПЕРВИЧНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОГООСКОЛЬЧАТЫМИ ОГЕСТРЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Проблема лечения многооскольчатых огнестрельных переломов костей голени (ОМОПКГ) остается достаточно актуальной в настоящее время. Это связано с ростом числа дорожно-транспортных происшествий, увеличением количества машин и механизмов в производственной сфере и, таким образом, роста энергии ранищего объекта.

Цель работы: улучшение результатов лечения пострадавших с высокоэнергетическими ОМПКГ.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 58 пациентов с ОМОПКГ, находившимся на лечении в нашей клинике, которым в ходе первичной хирургической обработки переломов была применена первичная сегментарная резекция, фиксация отломков аппаратами внешней фиксации спице-стержневого типа (АВФ), полузакрытая остеотомия, замещение костного дефекта по Илизарову. Параллельно был проведен анализ 137 историй болезни по-

страдавших с ОМОПКГ, лечившихся по традиционной методике, включавшей первичную хирургическую обработку и фиксацию отломков АВФ. Параллельно больные получали курсы консервативной терапии: антибактериальной, нейротрофической, витаминотерапии.

Результаты и их обсуждение: Наши данные показали рациональное проведение первичной хирургической обработки ОМПКГ должно сопровождаться удалением всех костных фрагментов лишенных связи с надкостницей. Попытка их сохранения в качестве пластического материала при массивном размозжении мягких тканей в зоне перелома чаще всего приводит не к перестройке кости, а к нагноению зоны перелома и секвестрации данных фрагментов. Также высок уровень несращения данных переломов, требующих повторных реконструктивных оперативных вмешательств в отдаленном периоде и увеличения сроков оперативного лечения. Проведение же первичной хирургической обработки

ОМОПКГ по типу сегментарной резекции позволяет с достоверной вероятностью сократить уровень нагноения зоны перелома и снизить частоту несращения данных переломов. Проведенный нами сравнительный анализ, позволяет отметить снижение нагноения с 43,2% до 8,7% случаев, формирование ложных суставов при выполнении первичных сегментарных резекций

при ОМПКГ нами не наблюдалось.

Выводы: Проведение первичных сегментарных резекций позволяет снизить частоту нагноения области перелома, уменьшению частоты формирования ложных суставов, улучшению результатов лечения данной категории пострадавших.

Бодаченко К.А., Семений В.Я., Демяненко А.А., Колосова Т.А.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк, ДНР

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РАН ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА

На рубеже XX-XXI веков в связи с многочисленными локальными военными конфликтами проблема огнестрельных и минно-взрывных поражений конечностей по-прежнему остается актуальной. Получаемые травмы и их осложнения являются основными причинами летальных исходов, а так же приводят к инвалидизации пострадавших. Внедрение новых медицинских технологий на этапах лечения и реабилитации позволяет улучшить анатомо-функциональные результаты лечения. Плазменная терапия – одна из современных возможностей оптимизации лечения ран при огнестрельных повреждениях конечностей.

Цель работы – повышение эффективности лечения инфицированных ран и дефектов мягких тканей при огнестрельных переломах верхних конечностей путем физиотерапевтического воздействия на рану с использованием аппарата «Плазон».

Материалы и методы. Обобщен опыт лечения 8 пострадавших с огнестрельными оскольчатыми переломами плечевой кости, находившихся на лечении в отделении костно-гнойной инфекции Республиканского научно-практического травматологического центра г.Донецка в период ведения боевых действий в регионе в мае-июле 2014 года. Средние сроки поступления пострадавших в клинику после получения травмы составили $6,4 \pm 2,6$ суток. При поступлении всем больным выполнен комплекс хирургической обработки ран, стабилизация поврежденного сегмента аппаратом внешней фиксации стержневого типа. В связи с манифестацией гнойного процесса в ранах проводились многократные этапные некрэктомии с использованием в процессе операций и перевязок аппарата плазменной терапии «Плазон» (НО-терапия) по принятой методике.

Эффективность лечения оценивалась путем

клинического наблюдения за течением раневого процесса, цитологическим исследованием мазков-отпечатков ран в динамике и микробиологическим исследованием.

Результаты и их обсуждение. При использовании методики плазменной терапии уже ко 2-3 суткам отмечалось очищение дна, уменьшения отека и инфильтрации краев раны, значительное снижение экссудации. Бактериальная обсемененность к 5-7 суткам снижалась с 107 – 108 до 103 – 104 микробов в грамме ткани. С 4-8 суток в мазках-отпечатках были зафиксированы регенераторные типы цитогрaмм. Это позволило к 7-10 суткам от начала лечения осуществить закрытие гранулирующих ран путем наложения вторичных швов либо применением аутодермопластики расщепленным кожным лоскутом по предложенной нами методике (патент Украины на полезную модель №78369 от 11.03.2013).

В результате проведенного лечения все раны зажили в сроки $23,4 \pm 3,1$ суток. Эпителизация кожных трансплантатов наступала на 6-7 сутки после аутодермопластики.

Выводы.

1. Рациональной тактикой лечения гнойных ран у пострадавших с огнестрельными переломами плечевой кости является многократная хирургическая обработка с использованием физиотерапевтических методов для максимально ранней подготовки раны к пластическому закрытию.

2. Использование плазменного потока, в комплексе лечебных мероприятий, позволяет сократить сроки очищения ран и мягкотканых дефектов и, таким образом, способствует раннему закрытию мягкотканых дефектов

3. Использование в комплексе лечения НО-терапии позволяет добиться раннего и надежного заживления ран при огнестрельных переломах верхних конечностей.

Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П.

ГОО ВПО «Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького»

ТЕНДЕНЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

С 2014 года в Донецкой Народной Республике происходят изменения в экономике и социальной сфере, складывающиеся из сокращения производственного сектора, и соответственно – уменьшения количества работающих, в том числе и во вредных и опасных условиях.

На протяжении последних 5 лет в Донецкой Народной Республике отмечаются колебания количества впервые установленных профессиональных заболеваний. В 2015- 2016гг. этот показатель снизился, а с 2017г. отмечается четкая тенденция к увеличению количества впервые установленных профзаболеваний. Так, абсолютное число установленных профзаболеваний выросло на 127 случаев в сравнении с 2018г. (291), на 167 случаев в сравнении с 2017г. (251), в 2,2 раза в сравнении с 2016г. (186) и в 6,3 раза в сравнении с 2015г. (66).

Наибольшее количество профзаболеваний (98,62%) по- прежнему установлено работникам угольной промышленности основных профессий, имеющим продолжительный стаж работы в контакте с вредными и опасными условиями.

Показатель профессиональной заболеваемости в республике на 1000 осмотренных вырос до 5,8 в 2019г., в сравнении с 2018г. (2,7) и 2017г. (3,2). Решением врачебно- экспертной комиссии Республиканского центра профпатологии и реабилитации (г. Донецк) установлено 418 случаев профессиональных заболеваний у 295 экспертных больных. Тенденция роста этого показателя обусловлена тем, что стажированные рабочие основных профессий подвержены воздействию комплекса профессиональных вредностей (пыль, локальная вибрация, шум, тяжелый физический труд), а также неблагоприятных метеоусловий производственной среды (повышенной влажности, перепадов температур воздушных масс, повышенной скорости движения воздуха). И наряду с этим, психосоциальные факторы способствуют развитию общих заболеваний и более раннему возникновению проявлений профессиональных болезней.

В структуре профессиональной патологии угольной отрасли ДНР наибольший удельный вес в 2019г. приходится на заболевания, обусловленные физическими перегрузками- 44,3%; далее идут заболевания, обусловленные промышленными аэрозолями- 37,1%; физические факторы: вибрация – 17,2%, шум- 0,7%. Структура профессиональных заболеваний по этиологическому фактору аналогична российской.

Стабильно высоким остается удельный вес больных профзаболеваниями, установленными при активном обращении за медицинской помощью. Тогда как выявленные при проведении периодических медицинских осмотров составляют единичные случаи. Таким образом, фиксируемый уровень профессиональной заболеваемости не отражает истинную ситуацию.

Безусловно, определяющее значение в поздней экспертизе связи заболевания с профессией имеет и желание самого работника сохранить рабочее место. Так, подавляющее число больных (2019г.-72%) с первично установленным профессиональным заболеванием имеют стаж работы в контакте с вредными и опасными производственными факторами 20-39 лет (2018г.-69,8%, 2017г.-62,1%). Это способствует поздней диагностике профзаболеваний, что влечет за собой не только снижение профессиональной и общей трудоспособности, снижение производительности труда, а и главное – ухудшение качества жизни.

По- прежнему, актуальным является кадровый дефицит врачебных кадров в целом, отсутствие профпатологов не только в составе врачебной комиссии, а и в отдельных городах ДНР.

Комплексное решение всех задач по охране здоровья работающих при наличии четкой межведомственной координации системы мер должно способствовать сохранению трудового потенциала республики, продлению трудового долголетия квалифицированных работников, снижению общей и профессиональной заболеваемости.

Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П.

ГООВПО «Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького»

АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Медицинская реабилитация является важной частью медико-социальной реабилитации. Реабилитация должна начинаться как можно раньше и осуществляться с соблюдением принципов строгой преемственности всего процесса.

В основе мероприятий, направленных на снижение воздействия вредных производственных факторов, профессиональных рисков, должны лежать меры профилактики: внедрение новых безопасных технологий ведения работ, машин и оборудования, соблюдение режима труда и отдыха, гигиенических нормативов на рабочих местах, проведение качественных медицинских осмотров, оздоровление и комплексная реабилитация работников.

Отсутствие четкой вертикали взаимодействия и преемственности среди всех структур, осуществляющих на различных этапах медицинское обслуживание работающих, начиная с первичного медико-санитарного звена до центров профпатологии, ведет к низкой выявляемости профессиональных заболеваний, особенно на ранних стадиях.

В Российской Федерации Приказ Минздравсоцразвития от 12.04.2011 № 302н регламентирует направление в центры профпатологии стажированных работников 1 раз в 5 лет. Но регистрируются случаи противодействия со стороны некоторых работодателей направлению работников, а иногда и нежелание самих работников. И это серьезная проблема. Важно и необходимо закрепление этого положения в законодательстве ДНР.

Существующая система реабилитации в Донецкой Народной Республике функционирует недостаточно эффективно. В настоящее время средства Фонда социального страхования, предназначенные для снижения инвалидизации вследствие профессиональных заболеваний, направляются в основном на страховые выплаты и частичную компенсацию медикаментозного обеспечения пострадавшим вследствие профес-

сиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве.

В сложившейся ситуации логичным и целесообразным является осуществление медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями на одном из этапов в специализированном учреждении, а именно в Республиканском центре профпатологии и реабилитации, где уже накоплен большой опыт подобной работы на протяжении многих лет. Под диспансерным наблюдением находятся также пациенты, у которых своевременно на этапе ПМО были выявлены ранние признаки профессионального заболевания.

Необходимо совместно с Фондом социального страхования решать вопросы о пересмотре системы финансирования реабилитационных мероприятий, с перераспределением части средств на медицинскую реабилитацию больных, в том числе и в Республиканском центре профпатологии и реабилитации ДНР. Это позволит осуществить не только полноценное специализированное лечение профпатологами больных с профзаболеваниями и инвалидов, но и проводить медицинскую профилактику в группах лиц с начальными признаками заболеваний. С экономической точки зрения вложение денежных средств в реабилитацию лиц трудоспособного возраста с начальными признаками и на ранних стадиях профзаболеваний позволит сохранить их для производства вплоть до достижения льготного пенсионного возраста.

Реабилитация больных с профессиональными заболеваниями должна начинаться как можно раньше, с первой встречи больного с врачом и процесс этот должен быть непрерывным. При таких условиях можно получить положительные и стойкие результаты. Особого внимания заслуживает создание преемственности и единой тактики реабилитационных мероприятий на этапах – стационар, поликлиника, дом, предприятие.

Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Грязнов А.А.

ГООВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Хронические профессиональные заболевания, к которым относится большинство нозологических единиц профессиональной патологии, являются результатом длительно протекающих процессов в организме. Возникают они как следствие воздействия неблагоприятных производственных факторов малой интенсивности с развитием первичных нарушений от функциональных до микроорганических. Это характеризует адаптационную составляющую хронического профессионального заболевания. Длительно продолжающееся влияние негативных производственных факторов обуславливает формирование очагов микроальтерации, которым всегда будут противодействовать гиперфункционирующие неповрежденные участки органов и систем. Данный период отвечает компенсаторному этапу развития профессиональной патологии. При продолжающемся воздействии вредных и опасных производственных факторов и невозможности организма не только нормально функционировать, но и противодействовать возникающим нарушениям, формируются многокомпонентные патогенетические порочные круги взаимоусиления и взаиморазвития поражений. Эти фазы развития адаптационно-компенсаторного синдрома при формировании хронической профессиональной патологии требуют использования конкретных не только лечебных, но и реабили-

тационных мероприятий. Их целью является сохранение производственного функционирования и биологического существования организма в условиях уже имеющихся признаков альтеративного состояния различных органов и систем. Поэтому в аспекте преподавания хронических профессиональных заболеваний большая роль должна отводиться не только анализу качества применения лечебных мероприятий, но и использованию медицинской реабилитации по сохранению функционирования уже поврежденных органов и систем организма для выполнения конкретных производственных задач. Для каждого этапа развивающихся нарушений от функциональных до органических, с различной степенью выраженности, характерен свой перечень лечебно-профилактических мероприятий по сохранению трудоспособности и здоровья работающих. Каждому периоду формирования хронического профессионального заболевания соответствует свой комплекс мероприятий медико-социальной защиты. Поэтому преподавание основ хронической профессиональной патологии с обучением составления индивидуальных реабилитационных программ является одним из ведущих аспектов профилактики профессиональных заболеваний, сохранения трудоспособности и улучшения качества жизни работающих во вредных и опасных условиях.

Боевко С.К., Юренко Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХРОНИЧЕСКИЙ КАШЕЛЬ НА ФОНЕ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

Кашель является одним из самых важных симптомов и характерен почти для всех легочных заболеваний. Известно, что кашель не только является признаком пульмонологических заболеваний, но и беспокоит пациентов с патологией ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и других систем (А. Яшина, 2009).

Ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) является вариантом внепищеводного проявления гастроэзофагальной рефлюксной болезни

(ГЭРБ), который оказывает повреждающее действие на слизистую оболочку гортани и глотки (Т. Sataloff, 2004). Согласно рефлюкс-теории, кашель вызывается стимуляцией кашлевого рефлекса с рецепторов гортани и трахеобронхиального дерева при микроаспирации желудочного содержимого. При этом наиболее часто отмечаются кашель, дисфония, ощущение «комка» в горле, дисфагия, постназальный синдром, ларингоспазм (G.H. Kim et al., 2009).

Целью нашего исследования явилась разра-

ботка схемы диагностики и комплексного лечения пациентов с хроническим кашлем на фоне ЛФР.

Материалы и методы. В 2015-2020 гг. в ЛОР-клинике ИНВХ мы наблюдали 74 пациента, у которых сохранялся кашель более трех месяцев, несмотря на проводимое лечение. Женщин было – 43 (58,3%), мужчин – 31 (41,7%). Возраст больных варьировал от 18 до 68 лет, в среднем составляя 37 лет. Критерием исключения являлись хронические синуситы, сердечно-сосудистая патология, недавно перенесенная респираторная инфекция. С целью исключения легочной патологии всем больным проводилась рентгенография органов грудной клетки, спирометрия, по показаниям – фибробронхоскопия и спиральная компьютерная томография органов грудной клетки и обязательно консультация пульмонолога. Для верификации ЛФР все больные помимо стандартных методов исследования ЛОР-органов, проходили тест RSI, фиброэзофагоскопию 58, рН-мониторирование пищевода и глотки.

Результаты и их обсуждение. При тестировании RSI у 37 (50,8%) пациентов отмечался постоянный, раздражающий кашель, у 28 (37,9%) – затруднение при глотании пищи, жидкости и таблеток, у 51 (69,8%) – дисфония различной степени выраженности. Кашель после еды и в положении лежа наблюдался у 30 (41,2%) больных, приступы кашля и затруднение дыхания – у 16 (22,0%) пациентов. Реже были жалобы на

большое количество слизи в горле – 14 (19,3%) и ощущение «комка» в горле – 10 (17,9%). Жалобы на изжогу и боль за грудиной отмечало наименьшее количество пациентов – 10 (14,6%). Проведение суточной рН-метрии выявило существенные различия показателей в дневное и ночное время. Кислые рефлюксы, продолжительностью более 5 минут, фиксировались у 69 (93,4%) пациентов в ночное время. Во время фиброэзофагоскопии сочетание диафрагмальной грыжи и недостаточность нижнепищеводного сфинктера зафиксировано у 15 (20,7%) исследуемых, диафрагмальная грыжа у 33 (44,8%) и признаки рефлюкс-эзофагита у 22 (29,3%). При выявлении ЛФР у данной группы больных проводилась стандартная антирефлюксная терапия длительностью 3 месяца, которая включает диету, изменение образа жизни и медикаментозное лечение (омепразол 40 мг 2 раза в день или ранитидин 150 мг дважды в день, домперидон 10 мг 3 раза в сутки и антацидные препараты после каждого приема пищи). Кашель прекратился у 65 (87,5%) пациентов.

Выводы. 1. Ведущей жалобой при ЛФР являлся постоянный, раздражающий кашель.

2. Частота выявления ларингофарингеального рефлюкса у пациентов с кашлем более 3-х месяцев достигает 93%.

3. Проведение рН-мониторирования пищевода и глотки и фиброэзофагоскопии пациентам с хроническим кашлем позволяет выявить ЛФР и назначать антирефлюксную терапию.

Бойченко А.А., Ряполова Т.Л., Коваленко С.Р., Лубенская О.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИКТИМНОСТИ С УРОВНЕМ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Актуальность. Феномен «жизни с болезнью» пациентов с шизофренией сопровождается деформацией межличностных отношений и снижением качества жизни и уровня социального функционирования, что создает условия для депривационного виктимизма и трансформации личности пациентов с шизофренией в жертв неблагоприятных условий социализации. Самостигматизация больных шизофренией не только отражает реакцию пациента на приписывание ему обществом клейма психически больного, но и сопровождается осознанием и принятием пациентом негативных стереотипов об этом заболевании, приводя к отчуждению, самоизоляции, опасениям дискриминации, прогрессирующей десоциализации и потере идентичности (В.А.

Абрамов и соавт., 2016).

Цель. Изучение показателей свмостигматизации у виктимизированных пациентов с параноидной шизофренией.

Материалы и методы. Было обследовано 140 пациентов в возрасте от 19 до 63 лет, с установленным диагнозом «параноидная шизофрения». В зависимости от уровня виктимности исследуемые были разделены на 4 группы: группа сравнения – с отсутствием/минимальной степенью виктимизации – 50 чел. (36%), группа 1 – с легкой степенью виктимизации – 20 чел. (14%), группа 2 – умеренной степенью виктимизации – 40 чел. (29%); группа 3 – с тяжелой степенью виктимизации – 30 чел. (21%). Для оценки степени виктимизации использовался авторский

опросник. Исследование самостигматизации больных шизофренией проводилось с помощью Шкалы Интернализированной стигмы психического заболевания ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness scale). Данные подвергались статистической обработке в пакете «MedStat».

Результаты. Все пациенты вне зависимости от уровня виктимности характеризовались высокой степенью готовности принятия социальных стереотипов и предубеждений относительно больных шизофренией ($14,9 \pm 0,8$, $14,6 \pm 0,6$, $15,0 \pm 0,8$ у пациентов групп 1, 2 и 3, $14,8 \pm 0,4$ у невиктимизированных больных). Опыт дискриминации, определяя самостигматизацию больных, находился на примерно одинаковом, умеренном уровне в обеих группах пациентов ($11,2 \pm 0,5$, $10,7 \pm 0,5$, $10,8 \pm 0,6$ в группах 1, 2 и 3; $10,5 \pm 0,3$ – в группе сравнения). Следствием описанного стигматизирующего опыта было формирование выраженной отчужденности от общества и самих себя у обследованного контингента ($14,8 \pm 0,9$, $13,4 \pm 0,7$, $13,8 \pm 0,8$ у пациентов групп 1, 2 и 3 и $12,9 \pm 0,4$ у невиктимизированных больных) и социальной самоизоляции ($13,3 \pm 0,8$, $12,9 \pm 0,6$, $13,1 \pm 0,7$ в группах 1, 2 и 3, $13,3 \pm 0,3$ – в группе сравнения) ($p > 0,05$). В группе 1 показатель со-

противления стигме соответствовал умеренной степени ($12,0 \pm 0,2$ и $12,6 \pm 0,5$ соответственно), но по мере нарастания степени виктимности имело место статистически достоверное ($p < 0,05$) как в сравнении с контрольной группой, так и между собой его снижение ($11,5 \pm 0,5$ у больных 2 группы и $10,6 \pm 0,6$ – 3 группы).

Выводы. Таким образом, полученные результаты позволяют рассматривать стигму как условие трансформации личности больного шизофренией в жертву. Внешние стигматизаторы становятся виктимогенными как при наличии объективных негативных обстоятельств социализации, так и при определенной личностной готовности больного к принятию роли жертвы. При этом основными ее характеристиками являются отчужденность, социальная уязвимость и психологическая беспомощность в решении проблем. С нашей точки зрения, виктимность детерминирована стигматизированно-организованной личностью пациента, однако процесс виктимизации невозможен без участия системы психологических механизмов, формирующей виктимную структуру личности больного и виктимную мотивацию его поведения.

Бондаревский-Колотий В.А.

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Результаты научных исследований по изучению здоровья медицинского персонала, работающего с источниками ионизирующего излучения (ИИИ), свидетельствуют, что их труд включает в себя повышенный риск развития различных заболеваний в т.ч. лучевой болезни, местных лучевых повреждений, вегетативно-сенсорных полиневропатий рук, катаракты, радиационно-индуцированных новообразований различных локализаций и лейкемии.

Цель исследования. Провести анализ самооценки состояния здоровья медицинского персонала в условиях действия ионизирующего излучения.

Материалы и методы. Материалы по самооценке состояния здоровья были получены в процессе анонимного анкетирования медицинского персонала, работающего с аппаратурой, содержащей ИИИ. Анкета включала вопросы, сгруппированные по блокам: социально-демографическая характеристика, профессио-

нальная, производственные и другие факторы риска, состояние здоровья. Анализировались данные 765 анкет. Результаты исследования статистически обрабатывались в пакете SPSS v.14.0.

Результаты и обсуждение. Анализ данных показал, что среди анкетированных было 685 женщин (89,5%) и 80 мужчин (10,5%). Распределение в группах по возрастам было следующим: 19-29 лет -5,9%, 30-39 лет - 17,3%, 40-49 лет - 29,8%, 50-71 лет - 45,9%. По стажу работы распределение анкетированных работников было следующим: 1-5 лет - 19,0%, 6-10 лет -12,9%, 11-15 лет - 14,4%, 16-20 лет - 14,1%, 21-25 лет - 10,8%, 26-30 лет -10,3%, более 30 лет - 17,1%. В анкетировании участвовали: рентгенлаборанты - 44,1%, врачи-рентгенологи - 19,0%, младшие медицинские сестры - 12,9%, медицинские сестры -12,0%, врачи-рентгенхирурги - 3,9%, врачи-радиологи - 3,4%, врачи-анестезиологи - 0,8%. Установлено, что 76,5% специалистов

работают с ИИИ 6 часов в день, больше 6 часов – 7,5% и меньше 6 часов – 8,7%, 7,3% медицинских работников на данный вопрос анкеты не ответили. Наибольшее число анкетированных отметили работу с рентгенодиагностическими аппаратами и флюорографами 59,2% и 23,9% соответственно, с дентальными аппаратами, компьютерными томографами и рентгенаппаратами типа С-дуга – 8,6%, 9,8%, 9,4%. Около 70% опрошенных отметили у себя наличие хронических заболеваний, а некоторые сочетание патологий. При этом указывалось одно или несколько заболеваний различных систем и локализаций: болезни глаза и его придаточного аппарата 44,3%, костно-мышечной системы – 37,3%, сердечно-сосудистой системы – 33,3%, эндокринной системы – 6,4%, кожи – 6,3%, мочеполовой системы – 4,4%, нервной системы – 2,9%, крови – 2%, пищеварительной системы – 0,5%.

Следует подчеркнуть, что ни в одной групп

медицинский персонал не использовался полный комплект средств защиты от действия ионизирующего излучения, а в группе врачей- рентгениртургов только 33,3% используют защитные очки, 56,7% не надевают защитную шапочку и 13,3%, не используют средства защиты щитовидной железы (воротник). Эта группа специалистов получает наибольшие дозы облучения при манипуляциях под рентгеновским контролем.

Проведенные ранее дозиметрические исследования, на рабочих местах анкетированных показали, что годовые индивидуальные эффективные дозы облучения персонала не превышали нормативные пределы, а значение мощности амбиентного эквивалента дозы не превышали допустимых уровней. При этом полученные данные подтверждают целесообразность уменьшения индивидуальной эквивалентной дозы на глаза до 20 мЗв в год.

Бондаренко А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Одна из основных функций государства – функция здравоохранения. В сегодняшних реалиях вряд ли возможно существование современного государства, не осуществляющего данной функции. Особенно такие государства, классической рыночной экономики как Германия, Великобритания, США, полностью применяют имеющиеся у государства регулятивные функции в данной области.

Великобритания не запрещает суррогатное материнство, но и не позволяет ему развиваться неограниченно. Оно разрешается, при условии, что согласовано и возможна оплата только разумных расходов, а коммерческая основа запрещена. Аналогичной позиции придерживается Австралия, где законодательство о суррогатном материнстве предусматривает наказание за ком-

мерческое соглашение о суррогатном материнстве.

Право на искусственное оплодотворение нашло отражение и в практике Европейского Суда по Правам Человека (ЕСПЧ) в своем Постановлении от 04 декабря 2007 года по делу «Dickson» (Диксон) против United Kingdom (Соединенного Королевства) жалоба № 44362/04 [4].

Правовая природа отношений между суррогатной матерью и потенциальными родителями предполагает обязательство женщины по вынашиванию и рождению ребенка не для себя, а для генетических родителей, а также наличие генетической связи между ребенком и лицами, ожидающими ребенка. Применение вспомогательных репродуктивных технологий, как правило, вызвано желанием иметь родного ребенка.

Бондаренко А.Д., Сигитова Е.В., Шевченко В.В., Бубликова А.М., Прокопенко Е.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХРОНИЧЕСКАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ КАК ВТОРИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность исследования: Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия является вторичным проявлением ревматологических заболеваний, которые, в свою очередь, по данным Гордеева А.В. и соавт. 2014г, вносят наибольший вклад в снижение работоспособности, ухудшение прогноза.

Описание клинического случая: Пациент, 69 лет, самостоятельно обратился к неврологу ДОКТМО 07.10.2020 с жалобами на слабость в конечностях, боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в ягодицы, нижнюю конечность, больше в левую, боль в левом коленном суставе. Из анамнеза заболевания: с 2011г по 2018г ежедневно проходил до 7км. В 2018г после привычной физ.нагрузки отметил боль в левом коленном суставе. Консультирован травматологом, ревматологом травматологического центра. Диагноз левосторонний коксартроз 3-4ст. Асептический некроз головки бедренной кости. Левосторонний гонартроз 1-2ст. В начале сентября нарасла боль в коленных суставах и появилась слабость в ногах. 23.09.20 выполнена МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: «Остеохондроз поясничного отдела позвоночника с выпячиванием межпозвонковых дисков L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1. Спондилоартроз. Деформирующий спондилез. Дегенеративный дискогенный стеноз позвоночного канала на уровнях L2-L3, L3-L4 – относительный, L4-L5, L5-S1- абсолютный. Гемангиома тела L4 позвонка». С 23.09 по 05.10 отмечает ухудшение состояния в виде нарастания слабости в ногах, из-за чего был вынужден передвигаться с помощью палок для скандинавской ходьбы. В связи с нарастанием слабости в конечностях госпитализирован в неврологическое отделение ДОКТМО.

Неврологический статус: ЧМН – без особенностей. Сухожильные рефлексы с рук снижены, без четкой разницы. Мышечная сила в руках достаточная, в ногах снижена до 3б. Коленные живые, без четкой разницы. Ахилловы – абс. Чувствительных нарушений нет. Атрофия мышц бедер, голеней, больше справа. Выраженный нижний парапарез, больше справа. Степпаж правой стопы. Передвигается с посторонней помощью.

Из проведенных исследований показательными являются следующие результаты:

Лабораторные исследования крови: лейкоцитоз $13,7 \cdot 10^9 / л$, С-реактивный белок – 10 мг / мл, ревматоидный фактор – 35 МЕ / мл.

Методы нейровизуализации: МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: Остеохондроз поясничного отдела позвоночника с выпячиванием межпозвонковых дисков L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1. Спондилоартроз. Деформирующий спондилез. Дегенеративный дискогенный стеноз позвоночного канала на уровнях L2-L3, L3-L4 – относительный, L4-L5, L5-S1- абсолютный. Гемангиома тела L4 позвонка.

МРТ грудного отдела позвоночника: правосторонний кифосколиоз на уровне Th8 позвонка, с ротацией позвонков, клиновидная деформация тел Th8, Th9 с наличием дегенеративно-дистрофических изменений. Спондилоартроз. Деформирующий спондилез. Болезнь Форестье.

Электронеуромиография нижних конечностей: признаки умеренного аксонального поражения моторных волокон глубоких и поверхностных ветвей малоберцовых нервов с двух сторон. При игольчатой миографии нейронопатия больше выражена слева.

Проводился дифференциальный диагноз с боковым амиотрофическим склерозом, болезнью Шарко-Мари-Тута, облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

Отсутствие потенциалов фибрилляций, фасцикуляций, положительных острых волн на ЭНМГ позволило исключить диагноз бокового амиотрофического склероза; отрицательный наследственный анамнез, отсутствие на ЭНМГ поражения сенсорных волокон исключило болезнь Шарко-Мари-Тута; локализация боли в суставе, отсутствие нейротрофических изменений, УЗДГ-признаков поражения нижних конечностей позволило исключить диагноз облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Пациенту выставлен диагноз: «Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия с выраженным нижним парапарезом. Сопутствующий диагноз: Левосторонний коксартроз 3-4ст. Асептический некроз головки бедренной кости. Левосторонний гонартроз 1-2ст. Хроническая вертеброгенная (Остеохондроз поясничного отдела позвоночника с выпячиванием межпозвонковых дисков L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1. Спондилоартроз. Деформирую-

ший спондилез. Дегенеративный дискогенный стеноз позвоночного канала на уровнях L2-L3, L3-L4 – относительный, L4-L5, L5-S1- абсолютный. Гемангиома тела L4 позвонка) пояснично-крестцовая радикулопатия с выраженным болевым, корешковым синдромом».

Состояние больного на фоне проведенного лечения (противоотечная, противовоспалительная терапия, миорелаксанты, нейрометаболи-

ческие препараты, витамины группы В, физиотерапевтическое лечение, массаж) улучшилось, уменьшилась боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, уменьшилась слабость в ногах.

Выводы: Данный клинический случай демонстрирует сложность диагностики, тактики ведения коморбидных больных и профилактики осложнений сочетанных заболеваний.

Бондаренко Н.Н., Максютенко С.И., Андреева В.Ф., Госман Д.А., Бортникова А.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПТИМИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ – ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»

Актуальной проблемой высшегемедицинского образования является реализация компетентностного подхода, предусматривающего формирование профессиональной компетентности будущего специалиста как совокупности знаний и умений, необходимых для успешной профессиональной деятельности. Исходя из концепции профессиональной направленности содержания обучения и обозначенных в образовательном стандарте высшего образования для специальности 31.05.03 «Стоматология» профессиональных компетенций, на кафедре физиологии оптимизировано содержание дисциплины «Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области» для студентов 2-го курса стоматологического факультета в соответствии с будущей врачебной специализацией.

Распределение часов в общей трудоемкости данной учебной дисциплины имеет вид: лекций – 10 часов, аудиторная работа – 144 часов практических занятий и 17 часов самостоятельной работы обучающихся. Для изучения профильного материала отведено 8 лекционных часов и все часы самостоятельной работы. В основу содержания тем «Общая физиология» (81 ч практических занятий) были положены фундаментальные теоретические вопросы для успешного выполнения профилактической деятельности стоматолога, очерченной профессиональной компетенцией-1(ПК-1). Данная компетенция предусматривает формирование его способности и готовности к осуществлению комплекса, мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья – формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и/или распространения стоматологических за-

болеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. В рамках каждой темы по общей физиологии предусмотрено обучение студентов сбору и анализу результатов лабораторных и инструментальных исследований в целях распознавания функционального состояния пациента, что лежит в основе диагностической деятельности стоматолога(ПК-5). Подготовка студентов 2-го курса к будущей психолого-педагогической деятельности (ПК-12) осуществляется путем изучения основных физиологических показателей, что открывает возможности обучения населения навыкам самоконтроля, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний.

27 часов практических занятий отведены для изучения физиологических основ челюстно-лицевой области, где у студентов формируются знания и умения для осуществления лечебной деятельности и повышается мотивация к изучению физиологии органов ротовой полости. При этом спектр конкретных задач и наборы ситуационных задач, предложенных для самостоятельного решения, позволяют отработать алгоритм определения тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями, необходимой при дальнейшей реализации ПК-8.

При выполнении самостоятельной работы студентов по дисциплине закладывается основа научно-исследовательской деятельности в форме участия во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья населения (ПК-19), подготовка к просветительской

деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни (ПК-13).

Таким образом, используемый на кафедре физиологии подход к оптимизации содержания обучения по дисциплине «Нормальная физио-

логия – физиология челюстно-лицевой области» позволяет реализовать не только общепрофессиональные компетенции, но и формирует теоретическую базу для повышения профессиональной компетентности будущего стоматолога.

Бордюгова Е.В., Задыхайло В.Ю., Юлдашева С.А., Семигина О.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛАНГЕРГАНСОКЛЕТОЧНОГО ГИСТИОЦИТОЗА У РЕБЁНКА 2 ЛЕТ

Лангергансоклочечный гистиоцитоз (ЛКГ) – системное заболевание, характеризующееся образованием в тканях различных органов гранулем из дендритных клеток. Встречается ЛКГ редко – 0,5-6 больных на 1 млн детского населения. Пик заболеваемости – с рождения до 4 лет. Чаще болеют мальчики.

Цель: ознакомить врачей с особенностями диагностики ЛКГ у ребенка 2 лет.

Материалы и методы. Анализ амбулаторной карты, истории болезни ребенка.

Результаты. Пациент Д., 2 года 4 месяца, поступил в отделение детской онкогематологии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака г. Донецка (ИНВХ) с жалобами на повышение температуры тела до фебрильных цифр, сыпь на коже, увеличение лимфатических узлов шеи, отставание в массе тела. Заболевание началось за год до поступления с дизурических расстройств. Спустя 2 недели появилась папулезная сыпь, через месяц – отит и гнойный шейный лимфаденит. В местном стационаре удален лимфоузел (без гистологического исследования). В связи с сохраняющимися лимфаденопатией, длительным субфебрилитетом и анемией обследован в гематологическом отделении г. Запорожье, исключены лейкоз и лимфома. Предположен первичный иммунодефицит. Еще через 6 месяцев мальчик перенес корь, затем появилось серозное отделяемое из наружных слуховых проходов, гепатолиенальный синдром. К 9 месяцу болезни исключены системные заболевания соединительной ткани, болезни накопления. На 11 месяце болезни в материале диагностической биопсии увеличенных шейных лимфоузлов обнаружена цитологическая картина гистиоцитоза. Референтная лаборатория «Национальный медицинский исследова-

тельский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» подтвердила: «Лангергансоклочечный гистиоцитоз». При поступлении в ИНВХ состояние ребенка очень тяжелое. На волосистой части головы, на границе между кожей и волосами – ксантоматозная сыпь; за ушными раковинами – папулезные высыпания, покрытые «медовыми» корочкам. Такие же высыпания с мацерацией в наружных слуховых проходах. На коже живота и паха обильная папулезная сыпь ярко-красного цвета. Шея деформирована за счет увеличенных, спаянных между собой лимфатических узлов 4×4 см. Печень на 5 см ниже края реберной дуги, селезенка – у входа в малый таз. В клиническом анализе крови – анемия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, тромбоцитопения, лейкопения. При сонографии: повышена эхогенность паренхимы печени и почек, спленомегалия. На рентгенограмме костей: эпифизеолиз зоны роста головки правого бедра, клиновидная деформация Th6 позвонка, очаги остеобластической деструкции в телах Th9, Th11. При спиральной компьютерной томографии выявлены изменения в мягких тканях подвисочных и крылонебных ямок с обеих сторон и в мягких тканях шеи, обусловленные основным заболеванием, деструкция костей черепа с распространением процесса на ретробульбарную клетчатку орбит, левую верхнечелюстную пазуху, базальные отделы височных долей с обеих сторон. Установлен клинический диагноз: ЛКГ с полиорганным поражением.

Выводы: диагностика лангергансоклочечного гистиоцитоза с полиорганным поражением – сложная междисциплинарная проблема. Несмотря на редкость встречаемости, врачи разных специальностей должны знать основные симптомы заболевания.

Бордюгова Е.В., Сулова И.А., Конов В.Г., Оноприенко З.С.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, кафедра педиатрии №3

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Синдром Дауна (МКБ-Х: Q90) – распространенная генетическая аномалия, которая обусловлена трисомией по 21 хромосоме. Частота встречаемости синдрома Дауна среди новорожденных составляет от 1:600 до 1:1000, в среднем – 1:800. Заболевание одинаково распространено у лиц мужского и женского пола. Это соотношение одинаково среди различных расовых типов, этнической принадлежности, климатических зон, всех экономических классов, уровня образования и не зависит от образа жизни родителей, их здоровья и вредных привычек.

Синдром Дауна характеризуется особым внешним видом, снижением интеллекта, задержкой психомоторного и речевого развития в сочетании с врожденными пороками развития и рядом коморбидных состояний. Сопутствующей патологией являются врожденные пороки развития органов пищеварения и мочевыделительной системы, наиболее частыми – врожденные пороки сердца (до 40-90%) и гипотиреоз (до 54%). Согласно литературным данным, в структуре врожденных пороков сердца (ВПС) наиболее частыми являются: полная форма атриовентрикулярного канала, которая встречается более чем у 40% больных, и дефект межжелудочковой перегородки – у 25% пациентов.

Цель работы: оценить структуру врожденных пороков сердца у детей с синдромом Дауна.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 11 детей (4 мальчика и 6 девочек) с синдромом Дауна и врожденным пороком сердца, госпитализированных в отделение детской кардиологии и кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в 2019-2020 гг. Возраст: до 1 года – 3 чел., от 1 до 3 лет – 2 чел., от 3 до 7 лет – 3 чел., с 13 до 18 лет – 3 чел.

У всех пациентов диагноз «синдром Дауна» подтвержден кариотипированием в Республиканском медико-генетическом центре. Выполнены клинические анализы крови, мочи, исследо-

ваны печеночные, почечные, ревмопробы, коагулограмма, гормоны щитовидной железы, эхокардиография (Эхо-КГ), электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления. Все дети консультированы детским кардиохирургом и эндокринологом.

Результаты. У всех пациентов диагностирован ВПС: открытый атриовентрикулярный канал – 6 чел., дефект межпредсердной – 2 чел., дефект межжелудочковой перегородки – 2 чел., открытый артериальный проток – 1 чел. В зависимости от типа порока, констатированы бледность кожи – 4 чел., мраморность кожных покровов – 2 чел., цианоз и/или акроцианоз – 7 чел. У всех больных отмечался цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при физической и эмоциональной нагрузке. У 9 детей с ВПС, сопровождающимися явлениями хронической сердечной недостаточности, отмечались периферические отеки. У всех пациентов зарегистрирована патология щитовидной железы: субклинический гипотиреоз – 8 чел., аутоиммунный тиреоидит – 3 чел.

Выводы. Данное наблюдение показывает высокую частоту встречаемости и разнообразие ВПС у детей с синдромом Дауна. Для выявления ВПС у пациента с синдромом Дауна объективное обследование, включающее осмотр и аускультацию, является обязательным, но недостаточным. В план обследования целесообразно включить эхокардиографию, электрокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки, консультацию детского кардиолога, генетика и эндокринолога. У пациентов с синдромом Дауна важно вовремя диагностировать ВПС, недостаточность кровообращения и коморбидную патологию, т.к. тяжесть порока может потребовать незамедлительной хирургической коррекции, а наличие сопутствующей патологии ухудшает прогноз заболевания и снижает шансы на выживание.

Бордюгова Е.В.¹, Дубовая А.В.¹, Тонких Н.А.^{1,2}, Конов В.Г.²

¹ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

СИНДРОМ РЕМХЕЛЬДА: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Введение. Боль в проекции сердца – тревожный симптом у пациента любого возраста, заставляющий обращаться за медицинской помощью, а врачей – проводить дифференциальный диагноз, выясняя истинную причину «кардиалгий». Следует помнить, что причиной кардиалгий, ввиду наличия висцеро-висцеральных связей, может быть кардиодиафрагмальный синдром Ремхельда (КДСР), возникающий при гастроэзофагальном рефлюксе (ГЭР) и грыже пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Цель нашей работы – анализ клинических проявлений кардиодиафрагмального синдрома Ремхельда у детей.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 57 больных, из них 22 (38,6%) мальчика и 35 (61,4%) девочек с КДСР в возрасте от 6 до 17 лет, у которых поводом для поступления в отделение детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака была выраженная боль в проекции сердца, нарушение ритма сердца, рецидивирующие синкопальные состояния. Комплекс обследования включал: сбор и анализ анамнеза, наследственности, общеклинических исследований, стандартную электрокардиографию, доплерэхокардиографию, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). По показаниям проводили 24-часовое мониторирование ЭКГ и артериального давления (АД), ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Степень дисплазии соединительной ткани оценивали по критериям диагностики фибродисплазии у детей.

Результаты исследований. У 40 (70,2±8,8%) обследованных ведущей была боль колющего и/или давящего характера в области сердца. Она возникала в дневное время после физической нагрузки, во время ночного сна или дневного отдыха с продолжительностью приступа от 2

до 100 мин. Дети и их родители при обращении не связывали появление болей с приемом пищи, однако детальный расспрос позволил установить, что боль возникала через 20-30 мин. после еды и следовавших за ней подвижных игр, занятий физкультурой, быстрого бега. Появлению приступа боли у большинства пациентов способствовали наклоны, приседания, подъем тяжестей; все больные с КДСР имели зависимость возникновения боли от изменения положения тела. Перебои в работе сердца отмечали 26 (45,6±6,6%) пациентов. Анализ суточного мониторирования ЭКГ выявил у 14 (24,6±5,7%) чел. эпизоды брадикардии, у 21 (36,8±6,4%) чел. – тахикардии, при этом у 6 детей нарушения ритма сердца регистрировались только в период ночного сна. При проведении ФГДС у всех больных выявлены признаки ГЭР и/или ГПОД. У всех пациентов имела место максимальная степень соединительнотканной дисплазии.

Выводы. Клинические проявления КДСР у детей характеризуются многообразием, сочетанием симптомов поражения различных органов и систем, изменчивостью в динамике. Основными из них являются симптомы недостаточности кардии, рефлюкс-эзофажита и вегетативные расстройства. Функциональные сердечно-сосудистые расстройства, рефлекторно развивающиеся при ГЭР и ГПОД, и проявляющиеся чувством стеснения и болями в левой половине грудной клетки, которые могут иррадиировать в плечо, сопровождаться тахикардией, экстрасистолией, падением артериального давления и др. могут быть проявлением синдрома Ремхельда.

О синдроме Ремхельда, как одной из причин «кардиалгий», необходимо помнить педиатрам, семейным врачам, детским гастроэнтерологам, кардиологам, неврологам, стоматологам, оториноларингологам и детским хирургам.

Бортникова А.К.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ВИДОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ТКАНЕЙ МОЗГА АЛКОГОЛЬЗАВИСИМЫХ КРЫС

В серии экспериментов на алкогользависимых крысах выяснялось изменение способности тканей организма утилизировать глюкозу и обратимость данных изменений. Эксперименты предполагали создание углеводной нагрузки разной интенсивности и длительности.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на 50 лабораторных крысах массой 200-250 г. Животные экспериментальной группы предварительно в течение 16 недель подвергались принудительной алкоголизации 10% этанолом. Контрольные животные всё время содержались на обычном питьевом и пищевом рационе для грызунов при свободном доступе к кормушкам и поилкам. После окончания принудительной алкоголизации все животные (и контрольные, и экспериментальные) находились в условиях свободного выбора пищи и питья. При этом обе группы были разделены на подгруппы, по 10 особей в каждой. Животные первых подгрупп послужили контролем в своих группах. Их сразу вывели из эксперимента, предварительно исследовав кровь на содержание глюкозы. Для выяснения степени утилизации глюкозы мозгом определяли концентрацию этой молекулы в артериальной крови, взятой из общей сонной артерии (*a. carotis communis*), и в венозной крови, взятой из нижнего саггитального синуса мозга (*sinus sagittalis inferio*). Для оценки утилизации глюкозы организмом в целом выясняли артериовенозную разницу между артериальной кровью из *a. carotis communis* и венозной кровью из бедренной вены (*v. femoralis*). Чтобы животные были в состоянии натошак, накануне вечером из клеток убирали кормушки. С целью выяснения возможности обратимости нарушений углеводного метаболизма 10 алкогользированных и 10 контрольных крыс получали принудительное усиленное углеводное питание (1 мл 40% крахмального киселя, *per os*, 3 раза в день на протяжении 30 дней). Алкоголизированным животным третьей подгруппы в течение 30 дней после окончания принудительной алкоголизации гипо-

гликемию не корректировали, они также служили контролем для второй подгруппы алкогользированных животных.

Выводы. Натощак у здоровых контрольных крыс ($n = 10$) способность утилизировать глюкозу по показателям артериовенозной разницы по глюкозе составила: для тканей головного мозга – $0,73 \pm 0,1$ ммоль/л, для всего организма – $0,53 \pm 0,1$ ммоль/л. У животных после длительной принудительной алкоголизации способность тканей всего организма усваивать глюкозу была резко снижена. Так, например, у алкогользированных животных ($n = 10$) артерио-венозная разница по глюкозе для тканей организма составила $0,4 \pm 0,1$ ммоль/л, а для тканей головного мозга оказалась еще меньше – $0,2 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,001$). Отсюда видно, что алкогользированный мозг потребляет глюкозы не просто меньше, чем здоровый мозг, но даже меньше, чем другие ткани. Это указывает, что в мозге под влиянием алкогольной гипогликемии происходят глубокие кардинальные перестройки метаболизма.

Метаболическая коррекция уровня гликемии в экспериментальных подгруппах путём усиленного питания приводила к увеличению способности тканей утилизировать глюкозу не всегда. У здоровых крыс ($n = 10$) повышалась артериовенозная разница только для всего организма ($0,9 \pm 0,1$ ммоль/л), но не для мозга ($0,7 \pm 0,1$ ммоль/л), что свидетельствует о жёстком гомеостазе мозга. А у алкогользависимых животных ($n = 10$) артериовенозная разница повышалась и для мозга ($0,6 \pm 0,1$ ммоль/л), и для всего организма ($0,5 \pm 0,1$ ммоль/л). Вероятная причина таких результатов – в снижении активности ферментов гликолиза в алкогользированном организме. Однако, нарушение углеводного метаболизма при алкоголизме носят обратимый характер. Усиленная углеводная коррекция способствует восстановлению нормогликемии и восстановлению способности тканей мозга усваивать глюкозу в качестве энергетического субстрата.

Боряк С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ

Цель – изучить клинико-эпидемиологические особенности атопического дерматита у больных с первичной и вторичной лактозной непереносимостью.

Материалы и методы исследования. Обследовано 106 больных атопическим дерматитом (АтД) с лактозной непереносимостью (ЛН), из них у 65 (61,3%) была выявлена первичная ЛН (ЛН С/С), вторичная ЛН (ЛН С/Т) – у 41 (38,7%) человека. Степень выраженности симптомов определяли по шкале SCORAD. Все больные были обследованы на лактозную непереносимость методом ПЦР-генетика.

Результаты. У больных АтД с ЛН С/Т эритематозная, эритематозно-сквамозная формы наблюдались у 20 (48,8%), эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией – у 18 (43,9%), лихеноидная – у 3 (7,3%). При ЛН С/С эритематозная, эритематозно-сквамозная формы были у 23 (35,4%) больных АтД, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией – у 29 (44,6%), лихеноидная – у 13 (20,0%).

Таким образом, у больных АтД с ЛН С/С чаще встречались эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией и лихеноидная форма дерматоза, чем у больных АтД с ЛН С/Т.

При анализе особенностей течения АтД с ЛН отмечено, что при всех типах ЛН преобладали больные со среднетяжелым течением дерматоза: при ЛН С/Т таких больных было 23 (56,1%), при ЛН С/С – 29 (44,6%). При ЛН С/Т в 2,5 раза чаще наблюдалась легкая форма АтД, чем тяжелая – 13 (31,7%) и 5 (12,2%) больных соответственно. Однако при ЛН С/С больных с тяжелой формой дерматоза было больше, чем с легкой – 20 (30,8%) и 16 (24,6%) соответственно.

Тяжелая форма заболевания (индекс SCORAD больше 50 баллов) встречалась значительно чаще при ЛН С/С – у 20 (30,8%) больных АтД, чем при ЛН С/Т – у 5 (12,2%) больных.

При дальнейшем анализе индекса SCORAD в зависимости от типа ЛН выявлены статистически значимые различия индекса SCORAD. При индексе SCORAD больше 50 баллов у больных АтД с ЛН С/С индекс SCORAD был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных АтД с ЛН С/Т – $71,5 \pm 3,1$ балла и $59,6 \pm 4,5$ балла соответственно.

Выводы. Проведенные исследования показали отличия в течении АтД у больных с разными типами ЛН, что необходимо учитывать в лечебно-профилактической тактике.

Бубликова А.М., Стафинова Е.А., Коценко Ю.И., Гольнева А.П., Сигитова Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, кафедра неврологии и медицинской генетики

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПЕДАГОГИКИ И МЕДИЦИНЫ В СИСТЕМЕ НАУЧНЫХ ДИСЦИПЛИН

Педагогика – это наука о законах воспитания и образования человека, она изучает закономерности успешной передачи социального опыта старшего поколения младшему. Она существует для того, чтобы на практике указывать наиболее легкие пути достижения педагогических целей и задач, пути реализации законов воспитания и методик обучения. Педагогика, хотя и является самостоятельной научной дисциплиной, не может развиваться обособленно от других наук. Наиболее близко с педагогикой связаны такие науки, как философия, психология, физиология

и анатомия человека, этика, социология, генетика, медицина и многие другие. Взаимодействие педагогики с указанными дисциплинами происходит путем использования последней сведений, содержащихся в перечисленных науках, а временами и методов в анализе явлений. Это дает возможность проникнуть в глубину педагогического процесса, разработать более объективные критерии деятельности тех, кто обучает и воспитывает, и тех, кого обучают, а также обосновывать более достоверные практические рекомендации.

Рассмотрим подробнее взаимосвязь и взаимозависимость педагогики и медицины. Педагогика нуждается в учете медицинских принципов, методов, данных в построении педагогической теории и воспитательной практики. Медицина обладает методологическим арсеналом, имеющим для педагогики эвристическую ценность. Многие достижения педагогической науки и практики, накопленные на протяжении столетий, получены представителями медицины. Это не случайно и объяснимо не только единством объекта, но и внутренним родством, сходством проблематики и методов обеих областей знания. От успехов медицинских наук и медицинской техники напрямую зависят целые области педагогики. Педагог нуждается в основополагающих началах, содержащихся в ряде самостоятельных отраслей медицины, изучающих строение и функции организма здорового человека: анатомии, физиологии, гистологии, биохимии и других. В свою очередь будущим медикам полезны принципы, подходы и данные педагогической антропологии и педагогики. В особенности – педиатрам, детским стоматологам, невропатологам, психоневрологам и психиатрам. Они нуждаются в знании типов поведения детей, особенностей их мотивации как по отношению к здоровью, так и к болезни.

Нередко врачу приходится вести и педагогическую работу, обучая и воспитывая своих коллег по работе, а также, где это нужно, обучая и воспитывая пациентов, ведя санитарно-просветительную работу. Вся эта деятельность должна вестись на высоком методическом уровне и опираться на достижения педагогики и психологии.

Взаимосвязь медицины и педагогики обусловлена, прежде всего, прогрессом в философской, психологической, исторической и других научных сферах. Проблемы, возникающие в педагогике и медицине, например, воспитание и обучение как здорового ребенка, так и страдающего от хронического заболевания, становление и развитие его как личности, лечение больных с психическими расстройствами и многие другие целесообразно решать комплексно, в соответствии с достижениями в области всех наук, изучающих человека как явление не только биологическое, но и социальное.

Таким образом, педагогика и медицина, опираясь на лучший опыт превентивной деятельности педагогов и врачей в обществе, в частности, обучения здоровому образу жизни его членов, объективно объединяются с целью решения определенных жизненно важных задач в интересах индивида, отдельной группы или социума.

Бубликова А.М., Стафинова Е.А., Коценко Ю.И., Сохина В.С., Максименко О.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, кафедра неврологии и медицинской генетики

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ПАРКИНСОНИЗМА

Ювенильный паркинсонизм представляет собой особую форму первичного паркинсонизма, нозологическая самостоятельность которой определилась в последнее десятилетие в результате идентификации молекулярных основ данного заболевания. На сегодняшний день установлено, что среди всех случаев раннего паркинсонизма можно выделить отдельную группу пациентов, у которых заболевание характеризуется рядом особенностей клинической картины и четкой генетической составляющей с дебютом заболевания в возрасте 20-25 лет. Улучшение качества диагностики, применение современных методов нейровизуализации с целью выявления патологических изменений в базальных ганглиях позволило выявлять болезнь на ранних стадиях, вплоть до «предболезни» и стандартизировать диагностику данного заболевания.

Представлен клинический случай ювенильного паркинсонизма с началом в возрасте 19 лет. На

приём к неврологу поликлиники №1 ДОКТМО обратилась больная 29 лет. На момент поступления предъявляла жалобы на тремор рук, больше в правой, нарушение почерка, скованность во всем теле, замедленность движений, нарушение походки и ухудшение памяти. Из анамнеза заболевания известно, что болеет около 10 лет, когда впервые стала замечать дрожание правой руки, скованность движений и изменение походки.

Из анамнеза жизни – у отца паркинсонизм. Находилась на стационарном лечении в нейрогенетическом отделении НИИ Неврологии г. Москва, где выставлен диагноз: Ювенильный паркинсонизм, назначено лечение мадопар 200/50 по ½ таб. 4 раза в сутки, акинетон по 1/2 таб. 3 раза в день, на этом фоне скованность и замедленность движений уменьшились. Однако, через некоторое время появились произвольные движения в виде подёргиваний плечами, присоединилась неустойчивость походки.

В курс лечения добавлен проноран по 1 таб. 2 раза в день. Насильственные движения верхне-плечевого пояса усилились.

Неврологический статус пациентки: адекватна, ориентирована в собственной личности, месте и времени. Зрачки S=D, реакция на свет живая, глазные щели S=D, движение глазных яблок в полном объеме. Нистагма, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Расстройств чувствительности не выявлено. Активные движения в полном объеме, мышечная сила 5 баллов, мышечный тонус изменен по типу «зубчатого колеса», больше выраженного в правой руке. Тремор покоя рук, больше с правой стороны, усиливающийся при волнении. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног S=D, живые. Патологических рефлексов нет. Гипокинезия в виде замедленности походки, гипомимия, ахейрокинез справа. В позе Ромберга – постуральная неустойчивость, координаторные пробы выполняет неуверенно. При осмотре

дискинезии верхне-плечевого пояса (вероятнее всего леводоба-индуцированные).

Проведена коррекция лечения: мирапекс 0,25 мг 3 раза в сутки, ПК-Мерц по 100 мг 1 таб. 2 раза в день, уменьшена дозировка мадопара 200/50 по ¼ т до 5 раз в сутки, отменены акинетон и проноран

На фоне проводимого лечения больная отметила улучшение состояния в виде уменьшения скованности и тремора в руках, исчезновения непроизвольных движений. Продолжила курс приема назначенной терапии.

Выводы: Необходимо принимать во внимание то, что одной из особенностей ювенильного паркинсонизма является раннее появление дискинезий, связанных с приемом леводопы в том числе и в низких дозах. Особое внимание следует уделить комплексной терапии и коррекции дозировок противопаркинсонических препаратов, особенно важно правильное сочетание различных групп и время их назначения.

Бугорков И.В., Тараната А.А., Бугоркова И.А., Кальней Е.О.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Статистические данные свидетельствуют, что основные стоматологические заболевания в последние годы, имеют тенденцию роста. Повышение стоматологических заболеваний неминуемо приводит к ранней потере зубов. На современном этапе развития общества количество пациентов, которые нуждаются, в частичных съемных пластиночных протезах (ЧСПП) неуклонно растет за счет преждевременной утраты зубов. Функциональные и косметические нарушения обуславливают решение задач по их восстановлению. ЧСПП отличается от других относительно невысокой себестоимостью, что характеризует доступность и социальный характер данного вида ортопедических конструкций.

Цель исследования: повышение объективности и достоверности оценки адаптации больных к частичным съемным пластиночным протезам. Материалы и методы обследования. Был проведен системный анализ социологического исследования – для определения существующих проблем и путей их решения в интерпретации населения и медицинских работников. Проанкетировано 28 пациентов, 6 врачей ортопедов (экспертов) из них 3 сотрудника кафедры и 3 врача практического здравоохранения, которые заполнили наблюдательные карты, статистическую

обработку проводили посредством применения программного продукта Statistica 6.0.

Результаты проведенного обследования. С целью повышения объективности и достоверности оценки адаптации больных к ЧСПП, как способа характеризующего эффективность и качество ортопедического лечения, нами была разработана наблюдательная карта для врачей и анкета для пациентов. Выбор анкеты для социологического исследования основывался на требованиях IQOLA (Международной ассоциации по оценке качества жизни). Анкеты и наблюдательные карты включали 9 вопросов, ответы были построены по «Ликертовскому» типу и ранжированы по трехбалльной шкале. Анкетирование и заполнение наблюдательных карт проводилось через один месяц после наложения ЧСПП. Оценка адаптации к ЧСПП проводилась исходя из количества баллов, максимальное количество баллов равно 27, минимальное – 9. На поставленный вопрос о внешнем виде ЧСПП ответы пациентов составили 21 балл, а эксперты оценили на 19 баллов. В разделе фиксация и стабилизация ЧСПП пациенты оценили на 13 баллов, а вот эксперты с учетом анатомо-физиологических особенностей оценили на 20 баллов. Показатель жевательной эффективно-

сти, как у экспертов, так и пациентов совпал и составил 18 баллов. Психологическое состояние пациентов было оценено 22 балла, а у экспертов 20 баллов. У 12% больных было отмечено повышенное слюноотделение (пациенты 21, эксперты 18 баллов). В первые дни после наложения ЧСПП, изменение дикции отметили 95% пациентов, к 30 дню этот показатель снизился до 5% и составил у пациентов 24 балла, а у экспертов 26 баллов. На фоне проведенного стоматологического ортопедического лечения посредством изготовления ЧСПП общее самочувствие улуч-

шилось 89% пациентов и составило 23 балла, эксперты выставили 26. Степень адаптации оценивалась по следующей шкале 19 пациенты и 25 баллов эксперты. Полученные результаты оценивали по следующей шкале: неудовлетворительная адаптация – от 9 до 17 баллов; удовлетворительная адаптация – от 18 до 23 баллов; хорошая адаптация – от 24 до 27 баллов.

Выводы. Полученные результаты должны лечь в основу организационно управленческих решений с целью совершенствования ЧСПП для скорейшей адаптации пациентов к ним.

Буждежан А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЖУРНАЛ «ТЮРЕМНЫЙ ВЕСТНИК» КАК ИСТОЧНИК ПО ИСТОРИИ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ РОССИИ В КОНЦЕ XIX В.

В последние годы отечественная историография пополнилась новыми исследованиями, посвященными проблемам развития пенитенциарной системы России во второй половине XIX – начале XX вв., что свидетельствует о сохраняющемся интересе к данной тематике. Одним из аспектов, не получившим еще достаточного освещения, является пенитенциарная медицина, в частности ее источниковая база.

Важным источником по истории пенитенциарной системы России является журнал «Тюремный вестник», издававшийся Главным тюремным управлением с 1893 г. Некоторое внимание на его страницах было уделено и вопросам медицинского обслуживания тюрем. В официальном отделе «Тюремного вестника» помещались сообщения о приеме на службу и увольнении служащих, в том числе и врачей, награждениях, присвоении чинов, отчеты, в том числе и касающиеся медицинского обслуживания. Так, в №1 за 1893 г. был опубликован отчет «О холерной эпидемии 1892 г. среди арестантов», в котором была приведена информация о распространении эпидемии холеры в местах заключения, мерах, предпринятых для ее сдерживания, помещен перечень губерний, тюрем которых холера не коснулась, указано количество заболевших и умерших от холеры по разным тюрьмам. Наибольшее число заболевших и умерших было зарегистрировано в местах заключения Тобольской губернии. Неудивительно поэтому, что в 1894 г. в журнале была опубликована статья секретаря Тобольского попечительного о тюрьмах комитета Л. Луговского «Больнично-тюремное дело в Тобольской губернии в 1893-1894 гг.», в которой автор информировал о ремонте и расшире-

нии тюремных больниц, осуществленных после эпидемии холеры. В журнале были помещены и другие материалы, посвященные эпидемии холеры 1892 г. и иных инфекционных болезней. Интерес представляют отчеты по Херсонской тюремной больнице за 1893 и 1894 гг., содержащие сведения о численности медицинского персонала, количестве коек, смертности среди больных, структуре заболеваемости, в которой в 1893 г. преобладали инфекционные болезни. В этой связи в журнале была опубликована статья врача М. Гошкевича «Эпидемия возвратного и сыпного тифов в Херсонской губернской тюрьме в 1892-1893 годах»

В неофициальном отделе «Тюремного вестника» публиковались статьи ученых и служащих пенитенциарной системы, посвященные различным вопросам, связанным с функционированием мест заключения. В №11 за 1894 г. был напечатан интересный обзор «О порядке содержания душевнобольных арестантов», в котором положение в России сравнивалось с законодательством и ситуацией в других европейских государствах. В 1896-1897 гг. в журнале развернулась интересная дискуссия, посвященная статусу тюремного врача. Начал ее саратовский тюремный врач Б. Рашкович в статье «О служебном положении тюремных врачей». Рашкович подчеркнул невысокое положение тюремных врачей, назвав их «париями тюремного ведомства». По мнению Рашковича, класс должности врача должен зависеть от возложенных на него обязанностей и ответственности, необходимо установить норму коек на врача, тюремные врачи должны получить право носить оружие. Ответом стала статья калварийского тюремного врача Л. Змитровича

«Несколько слов о положении тюремных врачей». Змитрович подчеркнул, что главной проблемой является невысокое жалование врачей, которое меньше, чем у некоторых надзирателей, и отсутствие в тюремных больницах необходимых медицинских инструментов и пособий. Возражая Рашковичу, Змитрович отметил: «Врача не защитит в тюрьме револьвер..., если не защитят его сами арестанты, а притом оружие в

руках врача вовсе не к лицу».

В целом, несмотря на то, что публикация отчетов и статей, посвященных вопросам медицинского обслуживания в журнале не носила систематический характер, «Тюремный вестник» является ценным источником по истории пенициарной медицины Российской империи, обладающим высокими информативными возможностями.

Бураева М. Х.-Б., Нищенко В.А., Бураева М.Х.-Б.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА (ОМАЛИЗУМАБ) КАК НОВЫЙ СПОСОБ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ТЯЖЕЛЫМ ПЕРСИСТИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ У ДЕТЕЙ

БА – распространённое заболевание детского возраста, частота которого в РФ, по данным эпидемиологического исследования, составляет 10%. Несмотря на значительные успехи в лечении бронхиальной астмы, достигнутые благодаря использованию ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) и комбинаций ИГКС с длительно действующими В₂-агонистами (ДДБА), эпидемиологические и клинические исследования показывают, что контроль болезни остается неудовлетворительным. Наиболее серьезную проблему по-прежнему представляют пациенты с тяжелой персистирующей бронхиальной астмой.

В лечении тяжелой бронхиальной астмы у детей достижение контроля болезни остается далеко не реализованной задачей. В исследование TENOR (The Epidemiology and Natural history of asthma Outcomes and treatment Regimens) была включена большая группа детей 6-11 лет и подростков 12-17 лет, страдающих тяжелой бронхиальной астмой. Это исследование предполагало трехлетнее проспективное наблюдение за состоянием пациентов с оценкой функции легких, получающих стандартную базисную терапию. В результате было показано, что, несмотря на проводимое лечение (62% больных использовали постоянно не менее 3-х противоастматических препаратов), 53% детей и 44% подростков периодически нуждаются в лечении системными глюкокортикостероидами, 27% детей и 19% подростков регулярно обращаются за экстренной медицинской помощью.

В настоящее время появились публикации отечественных и зарубежных авторов, посвященные изучению вопросов эффективности омализумаба у детей и подростков с бронхиаль-

ной астмой.

Препарат омализумаб представляет собой гуманизированные моноклональные антитела. Селективно связываясь со свободными молекулами IgE, еще не фиксированными на клетках, омализумаб препятствует их связи со специфическими рецепторами и прежде всего с высокоаффинными рецепторами на тучных клетках и базофильных лейкоцитах. Это приводит к снижению экспрессии указанных рецепторов на клетках и в конечном итоге к уменьшению секреции медиаторов аллергического воспаления и редукции самого воспаления. Также снижение секреции эозинофильных хемотаксических факторов из тучных клеток и базофилов обеспечивает уменьшение числа эозинофилов в слизистой оболочке дыхательных путей и периферической крови. Кроме того доказано влияние омализумаба на ремоделирование бронхиальной стенки при астме путем снижения толщины стенки дыхательных путей за счет уменьшения количества эозинофилов.

Цель исследования: изучить эффективность терапии омализумабом у детей в возрасте 12-14 лет с бронхиальной астмой с тяжелым персистирующим течением.

Материалы и методы: В отделении педиатрии РДКБ г. Грозный инновационный метод лечения с применением рекомбинантного препарата омализумаба внедрен в практику с мая 2017 года: 3 ребенка (2 мальчика/ 1 девочка) в возрасте 12-14 лет с неконтролируемой БА получают омализумаб.

Средняя продолжительность заболевания БА – 7 лет. У всех пациентов отмечалось сочетание БА с аллергическим ринитом и конъюнктивитом. Уровень общего IgE в сыворотке крови со-

ставлял в среднем 667 МЕ/мл. При исследовании функции внешнего дыхания выявлены выраженные нарушения бронхиальной проходимости. Средние показатели у испытуемых: ЖЕЛ — 88%, ФЖЕЛ — 73%, ОФВ1 — 65%, ОФВ1/ЖЕЛ — 90%, тест с бронхолитиком положительный, что является диагностическим критерием бронхиальной астмы. Таким образом, диагноз БА установлен согласно стандартам диагностики.

Пациенты находились на базисной противовоспалительной терапии комбинированными препаратами ИГКС/ ДДБА в высоких дозах, однако достичь контроля БА не удалось, дети неоднократно госпитализировались в стационар с обострением, которое требовало включения в терапию системных глюкокортикостероидов.

Учитывая отсутствие контроля на фоне терапии, пациентам в комплексную терапию был включен омализумаб в соответствии с инструкцией по его применению в дозе 300 мг подкожно 1 раз в 4 недели в течение последующих 6 месяцев.

Результаты исследования: Через 1 месяц после первой инъекции отмечалась значимая положительная динамика: дневные симптомы с частотой 3-4 в день при отсутствии ночных эпизодов. После второй инъекции в течение месяца у мальчиков наблюдалось 2 дневных приступа, у девочки 1 приступ, ночные симптомы у детей больше не отмечались. Пациенты получили 6 инъекций омализумаба в течение 6 месяцев, через 5 месяцев от начала проведения комплексной терапии прекратились дневные симптомы. Анализ результатов исследования ФВД в динамике показал положительную динамику через 4 месяца от начала лечения: уровень общего IgE в

сыворотке крови составило в среднем 356 МЕ/мл; ОФВ1-82%, вариабельность показателя составила менее 20% в сутки, тест с бронхолитиком положительный.

Вывод: установлена эффективность терапии омализумабом у детей в возрасте 12-14 лет с тяжелым персистирующим течением бронхиальной астмы в виде отсутствия ночных приступов БА и значительным сокращением частоты госпитализаций по поводу обострения.

Список литературы:

1. Государственный реестр лекарственных средств. Безопасность лекарственных препаратов. [Государственный реестр лекарственных средств. Безопасность лекарственных препаратов. (In Russ).] Доступно по: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=be462765-8370-41f6-8a9c-c153e5d5b4c8&t= (Дата обращения: 15.09.2019 г.).

2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Ксолар лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения, 150 мг. – М.: МинздравРФ; 2017.

3. Минздрав РФ. Общая заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2014 году. Статистические материалы. Часть VI. – М.; 2015. – 145 с

4. Deschildre A. Add-on omalizumab in children with severe allergic asthma: a 1-year real life survey / A. Deschildre, C. Marguet, J. Salleron, I. Pin, JL. Rittié, J. Derelle et al. // Eur Respir J. — 2013. — №42. — P. 1224-33.

5. Global Initiative for Asthma. Workshop Report, 2016.

Бураева М.Х.-Б., Нищенко В.А., Бураева М.Х.-Б.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ключевые слова: метаболический синдром, беременность, преэклампсия, артериальное давление, ожирение.

Актуальность. Метаболический синдром (МС) является крайне актуальной проблемой здравоохранения как в нашей стране, так и за ее пределами. С эпидемиологической точки зрения, метаболический синдром рассматривается как пандемия нашего времени. На сегодняшний день распространенность МС достигает в среднем 30-35% [5].

Во всем мире процент людей с избыточным весом и ожирением неуклонно растет во всех возрастных группах, особое внимание заслуживает рост данной патологии среди женщин репродуктивного возраста. По данным ряда американских авторов, у 20% женщин на момент беременности отмечается ожирение, и в целом оно диагностируется у 30% женщин репродуктивного возраста [1]. Так, женщины с избыточной массой тела и ожирением в течение беременности и родов имеют дополнительный риск развития ге-

стационарных осложнений, преэклампсии (ПЭ) и эклампсии, осложнений в родах и послеродовом периоде, а также имеют риск тромбоэмболических осложнений [2].

Цель исследования: изучить патогенетические особенности преэклампсии у беременных женщин с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: проведено исследование 43 женщин в возрасте от 28 до 38 лет на 20-22 неделе гестации, которые проходили лечение в ГБУ «Родильный дом» в г. Грозный в период с 10 февраля по 1 августа 2020 года. У 28 (65%) женщин ИМТ 28-29,9 (избыточная масса тела) – I группа; у 15 (35%) женщин – 30-33 (ожирение 2 степени) – II группа; содержание триглицеридов в крови у всех женщин – $>1,7$ ммоль/л; липопротеиды высокой плотности – в пределах 1 ммоль/л). Артериальное давление (АД) при поступлении в учреждение (при двукратном измерении с перерывом 4-6 часов) у I группы – 145/90-159/109 мм рт. ст., протеинурия у данных пациенток – от 3 до 4,5 г/л; у 15 женщин (II группа) АД – более 160/110 мм рт. ст., протеинурия – 5-7 г/л. У первой группы беременных женщин изменений со стороны тромбоцитарной системы не наблюдалось, у другой группы количество тромбоцитов было снижено до $100 \text{ тыс} \cdot 10^9/\text{л}$. Содержание глюкозы в крови натощак составила у пациенток от 6 до 7 ммоль/л.

Результаты исследований: МС развивается постепенно и длительное время протекает без явной клинической симптоматики. Но что важно, ожирение является обязательным критерием МС. Происходит увеличение массы висцерального жира. Жировая ткань, особенно висцеральная, обладает эндокринной активностью и секретирует ряд провоспалительных и проатерогенных медиаторов, включая свободные жирные кислоты, лептин. Установлено, что подъем концентрации лептина на каждые 10 нг/мл увеличивает риск развития ПЭ на 30%. В частности, у женщин с ПЭ увеличивается секреция лептина в плаценте по сравнению со здоровыми беременными. Также ПЭ у женщин с ожирением является следствием снижения компенсаторно-защитных механизмов, нарушения нейрогуморальных соотношений, присоединения иммунной дисфункции, что приводит к снижению чувствительности периферических тканей к инсулину, развитию артериальной гипертензии, нарушению углеводного и других обменов [3]. Так, у II группы исследуемых женщин со 2 сте-

пенью ожирения АД выше на 10 мм рт. ст., дислипидемия выражена сильнее, количество тромбоцитов снижено до $100 \text{ тыс} \cdot 10^9/\text{л}$. В настоящее время все больше обсуждаются повреждение эндотелия и дисфункции эндотелиальных клеток в патогенезе ПЭ. Все больше данных за то, что ПЭ – это «распространенный эндотелиоз». Инсулинорезистентность, являющаяся основным патогенетическим фактором МС, которая была обнаружена у исследуемых групп беременных женщин, может обуславливать развитие данного процесса, посредством угнетения синтеза и высвобождения как оксида азота (NO), так и простаглицлина в эндотелии, а также повышения синтеза и биодоступности эндотелина-1. Нарушение синтеза NO, помимо вазодилаторной активности, ингибирует адгезию и агрегацию тромбоцитов, снижает проницаемость сосудистой стенки и ингибирует пролиферацию сосудистых гладкомышечных клеток. Следовательно, на основании этого развивается стойкая артериальная гипертензия – главный симптом ПЭ. Глюкозотоксичность, липотоксичность, хронический провоспалительный статус тоже играют роль в развитии эндотелиальной дисфункции, а также усиливают инсулинорезистентность, способствуя развитию дальнейших метаболических нарушений [4].

Выводы: исследовали лабораторные и инструментальные показатели беременных женщин с метаболическим синдромом и изучили патогенетические особенности преэклампсии у них.

Список литературы:

1. Абрамченко В. В. Классическое акушерство / В. В. Абрамченко. – СПб. : Элби-СПб, 2007. – 807 с.
2. Авдюк Г.А. Ожирение как фактор риска репродуктивных неудач / Г.А. Авдюк, Т. В. Киселева, М. В. Серякова, Ю. В. Шоркин // Мед. и обр. в Сибири. – 2015. – № 4. – С. 20-21.
3. Передеряева Е.Б., Пшеничникова Т.Б. Роль тромбофилии в патогенезе осложнений беременности у женщин с метаболическим синдромом. Практическая медицина. 2016; 7 (76): 34-45.
4. Horvath B., Bodecs T., Boncz I., Bodis J. Metabolic syndrome in normal and complicated pregnancies. Metab. Syndr. Relat. Disord. 2015 Jun; 11 (3): 185-8.
5. Randriamboavonjy V., Fleming I. Insulin, insulin resistance, and platelet signaling in diabetes. Diabetes Care. 2016; 32: 528-530.

Буряк Н.В., Свистунова Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ СОМАТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения количество детей находящихся на грудном вскармливании постоянно снижается, и сейчас составляет менее 35% в развитых странах Европы. Ни одна смесь полностью не соответствует составу грудного молока. Молочные смеси не содержат регуляторов роста и развития мозга ребенка, гормонов и иммунных факторов. Грудное молоко отличается уникальным набором белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов, который невозможно воссоздать технологическим путем. Эти и многие другие причины грозят появлением у ребенка таких заболеваний, как инсулинозависимый диабет, ожирение, анемия, аллергия, кариес, нарушение зрения в раннем возрасте, и появлением других патологий (атеросклероз, гормональные нарушения, сердечно-сосудистые заболевания) в подростковом и взрослом возрастах при искусственном вскармливании на первом году жизни. Поэтому возрастающее количество детей, находящихся на искусственном вскармливании, напрямую влияет на будущее здоровье всего населения планеты.

Цель работы. Изучить роль искусственного вскармливания в формировании соматических патологий у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. На базе КУ «ГДКБ №1 г. Донецка» обследовано 100 детей в возрасте от 3 до 7 лет, которые были разделены на две группы. В первую группу вошли 50 детей, которые находились исключительно на грудном вскармливании, а вторую группу составили 50 детей, которые полностью перешли на искусственное вскармливание к двум месяцам жизни.

Результаты исследования. Состав молочных смесей не оптимален по концентрации кальция и фосфора необходимого для ребенка, а также их биодоступности. Это служит причиной нарушения фосфорно-кальциевого обмена, минерализации и роста молочных зубов. Так, у детей первой группы кариес молочных зубов был обнаружен у 46,0±7,0%, что было статистически значимо ($p<0,05$) выше относительно второй группы – у 16,0±5,2%.

Компоненты молочных смесей могут вызывать гиперреактивность иммунной системы, повышенный синтез IgE, нарушение формирования микробиоты желудочно-кишечного тракта. Данные факторы служат причиной развития многих аллергических патологий, таких как атопический дерматит, аллергический риноконъюнктивит, бронхиальная астма, крапивница и другие. У детей, получавших искусственное вскармливание, аллергическая патология нами была выявлена статистически значимо ($p<0,05$) чаще – 82,0±5,4%, чем в группе детей, находящихся на грудном вскармливании – 30,0±6,5%.

В состав углеводного компонента грудного молока входят галактоолигосахариды и фосфоолигосахариды, выполняющие роль пребиотика, избирательно стимулируя рост определенных штаммов кишечной микрофлоры, оказывают иммуномодулирующее действие. В большинстве молочных смесей не удается в полной мере воссоздать их структуру и нужное количество. Также в смесях отмечаются несоответствия в белковых и жировых компонентах по отношению к грудному молоку. Эти факторы могут провоцировать нарушение обмена веществ в растущем организме. В первой группе детей выявлено 30,0±6,5% пациентов, имеющих избыточную массу тела, что было статистически значимо ($p<0,05$) чаще относительно детей второй группы – 4,0±2,8%.

Выводы. Раннее прекращение грудного вскармливания может повысить риск развития эндокринной и аллергической патологии у ребенка. Тенденция к уменьшению распространенности грудного вскармливания в глобальном понимании может повлечь за собой ухудшение здоровья населения и экономические убытки в будущем, что особенно актуально в сложившейся ситуации военного конфликта на Донбассе, так как воздействие хронического стресса оказывает негативное влияние на лактацию у женщин, что способствует раннему переводу ребенка на искусственное вскармливание.

Былым Г.В., Джеломанова С.А., Литвинова Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Целью настоящего исследования было изучение эффективности комплекса лечебно-профилактических мероприятий, включающего гормональные и физиотерапевтические методы лечения.

Материалы и методы исследования. Под динамическим наблюдением находилось 44 женщины в возрасте 45-55 лет в постменопаузе (2-5 лет) с клиническими проявлениями средней и тяжелой степени выраженности климактерических проявлений на протяжении 6 месяцев. Всем женщинам с целью терапии климактерических нарушений назначали заместительную гормональную терапию (ЗГТ). Из них группу сравнения составили 20 женщин (1-я группа). 24 женщинам с патологическим климактерием в комплексное лечение были включены физиотерапевтические методы лечения (2-я основная группа). Физиотерапевтическое лечение было направлено на улучшение функции центральной и вегетативной нервной системы и назначалось индивидуально. Применялись селективная хромотерапия, вибромассажная и аудиовизуальная релаксация, иглорефлексотерапия, электросонотерапия, азотные ванны и общая франклинизация. Для активации обменных процессов – кислородные ванны и контрастный душ. Основными клиническими жалобами женщин с КС были снижение работоспособности, утомляемость, ухудшение памяти, плаксивость, раздражительность, депрессия, расстройство аппетита, нарушение сна и либидо. А также вегетососудистые расстройства: приливы, повышение артериального давления, тахикардия, головная боль, вестибулопатии, зябкость, озноб, парестезии, изменение дермографизма, ощущение сухости кожи, сухости слизистой половых органов, симпатоадреналовые кризы.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований выяв-

лено, что при применении комплексной терапии КС уменьшилась степень выраженности вегетососудистых проявлений у женщин 2-ой группы к концу второго месяца, а у женщин 1-ой группы – к концу третьего месяца. После 6 месяцев терапии вегетососудистые нарушения полностью отсутствовали у 10 (50%) женщин 1-ой группы и 18 (75%) -2-ой группы, и через 12 месяцев – соответственно у 14(70%) и 20 (83%) пациенток. При этом уже после 3-го месяца лечения отмечено уменьшение среднего показателя МПИ относительно вегетососудистых нарушений и психоэмоциональных расстройств у 12 (60%) пациенток 1-ой группы и у 19 (79,1%) 2-ой группы. При анализе кольпоцитологических показателей у 20 (83%) женщин 1-ой группы и 15 (72%) пациенток 2-ой группы после 3-х месяцев терапии установлено увеличение удельного веса поверхностных и промежуточных клеток и снижение части парабазальных, увеличение индексов карипикноза и эозинофилии, что свидетельствует об улучшении трофики слизистой оболочки влагалища. К 6 месяцу лечения значительно уменьшилось количество женщин с различной степенью атрофии слизистой влагалища по данным кольпоцитологии.

Выводы. Таким образом, включение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий у женщин с патологическим КС физиотерапевтических методов лечения, позволяет значительно снизить частоту вегетососудистых, психоэмоциональных и трофических расстройств. Является безопасным методом, оказывает положительное влияние на течение периода менопаузы. Благоприятное влияние и высокая эффективность дают основание рекомендовать применение физиотерапевтических методов воздействия наряду с гормональным лечением у широкого контингента пациенток.

Былым Г.В., Джеломанова С.А., Тутов С.Н., Литвинова Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ

Цель работы. Актуальным является создание готовых обучающих виртуальных сред, применяемых в современном образовании.

Обсуждение

Проблема формирования и развития информационной компетентности будущего врача, обучение его навыкам работы с вычислительной техникой, современными коммуникационными и информационными технологиями становится весьма актуальной на сегодняшний день. Скорость освоения содержания конкретного курса у каждого студента индивидуальна. Это зависит от психологических особенностей студентов, от их навыков самостоятельной работы, жизненного опыта и умения работать с самыми различными источниками информации. Компетентностный подход предусматривает формирование у студентов конкретных знаний, умений и навыков. Теоретический материал осваивается студентом как необходимая база для решения конкретных профессиональных практических задач. В частности, доля лекционных занятий существенно снижается, а доля занятий, на которых студент должен проявить свою творческую активность, возрастает. Этому способствует внедрение так называемых интерактивных методов обучения, предусматривающих самые разнообразные формы аудиторной и внеаудиторной работы. Они позволяют сформировать у студента положительную мотивацию к активному и эффективно-му обучению. Внедрение интерактивных форм обучения – одно из важнейших направлений совершенствования подготовки студентов в современном вузе. Основные методические инновации связаны сегодня с применением именно интерактивных методов обучения. Интерактивное обучение – это специальная форма организации познавательной деятельности. Учебный процесс, опирающийся на использование ин-

терактивных методов обучения, организуется с учетом включенности в процесс познания всех студентов группы. Каждый вносит свой особый индивидуальный вклад, в ходе работы идет обмен знаниями, идеями, способами деятельности. Создается среда образовательного общения, которая характеризуется открытостью, взаимодействием участников, равенством их аргументов, накоплением совместного знания, возможностью взаимной оценки и контроля. Главной отличительной чертой интерактивных методов обучения является инициативность учащихся в учебном процессе, которую стимулирует педагог.

Выводы

Таким образом, информационная компетентность становится неотъемлемой частью образовательного процесса в высшей школе, где учебные дисциплины, предъявляя к обучающемуся требования к работе с информационными ресурсами. Это является важнейшим звеном в подготовке врачебных кадров и составляет неотъемлемую часть учебного процесса в медицинском вузе. Современные образовательные тенденции, актуализирующие проблемы качества образования, направлены на личностно-ориентированное обучение. Следует отметить постепенный процесс перехода образования с позиций передачи глубоких знаний на формирование навыков, общекультурных и профессиональных компетенций. В связи с переменами увеличивается роль студенчества в образовательной среде, в том числе в сфере качества образования. В настоящее время в высшей школе активно внедряется концепция практико-ориентированного обучения, использование информационных и технологических ресурсов, что знакомит студентов с новейшими исследованиями отечественных и зарубежных ученых.

Вагнер Д.О.^{1,2}, Зиновьев Е.В.¹, Чухарев А.Е.^{1,2}

¹ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.

ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Введение. Золотым стандартом лечения пострадавших с обширными глубокими ожогами является ранняя некрэктомия с одномоментной кожной пластикой. Но одним из факторов, ограничивающих объем выполнения некрэктомии в ходе одного вмешательства, у обожженных более 15% поверхности тела, является значительный объем интраоперационной кровопотери, что в определенной степени сказывается на состоянии пострадавших. Следовательно, в комплексном лечении тяжелообожженных – определение предполагаемого объема кровопотери является необходимым этапом. При анализе литературы, на сегодняшний день существуют различные методики определения объема кровопотери. Целью нашего исследования являлось обобщение данных методов и сравнение результатов, полученных при использовании различных способов расчета.

Результаты. Согласно доступным литературным источникам, описываются следующие способы определения объема кровопотери, которые используются в комбустиологии: клинический, визуальный, расчетный, радиоизотопный, гравиметрический, колориметрический и лабораторный. Клинический метод основывается на определении АД и ЧСС, но, к сожалению, данная методика является наиболее субъективной и неинформативной. Визуальный метод состоит в следующем: по окончании операции операционная бригада в составе хирургов и анестезиологов на основании осмотра и своего клинического опыта оценивают примерный объем кровопотери. При использовании расчетного метода допускается тот факт, что у всех обожженных при выполнении некрэктомии, одинаковой по площади, будет соизмеримый объем кровопотери. Суть радиоизотопного метода заключается во введении в предоперационном периоде пациенту радиоактивного изотопа. После окончания некрэктомии по результатам сканирования гамма-камерой определяется количество изотопа, оставшегося в теле пациента, на основании чего рассчитывается объем кровопотери. Гравиметрический метод основан на допущении, что

1 мл крови имеет массу 1 г. Взвешивается операционный материал перед и после операции. Разница в весе и составляет объем кровопотери. Колориметрический способ основывается на извлечении крови из операционного материала, в который она впиталась в ходе оперативного вмешательства, с последующим определением концентрации составных частей крови и пересчетом на объем потерянной крови. Лабораторный метод основывается на определении количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, удельного веса крови, количества тромбоцитов, уровня альбуминов за 24 часа до операции и через 24 часа после оперативного вмешательства. Полученные показатели с помощью специальных формул позволяют вычислить объем кровопотери. В нашей клинике было проведено проспективное исследование, в которое вошли 20 пострадавших с ожогами более 20% поверхности тела. Объем кровопотери при выполнении ранней фасциальной некрэктомии с одномоментной кожной пластикой определяли следующими способами: визуальный, лабораторный (3 метода) и расчетный (4 метода).

При сравнении результатов, полученных различными методиками, мы получили следующие результаты. У 11 из 20 пациентов разница объема кровопотери, определенного различными методами, составляла более чем в 10 раз. В среднем при выполнении радикальной некрэктомии с одномоментной пластикой на площади 5% поверхности тела объем кровопотери, определенный различными способами, составлял от 200 до 2000 мл.

Выводы. Вышеперечисленные методы определения интраоперационной кровопотери у пострадавших с глубокими ожогами порой требуют сложного оборудования и недостаточно информативны. Учитывая вышесказанное, встает вопрос о разработке новых или оптимизации существующих методов, отражающих реальный объем кровопотери во время выполнения ранней некрэктомии с одномоментной кожной пластикой.

Вакуленко А. В., Неделько А. А., Павлюченко Е. В., Глазков И. Р.

Республиканский травматологический центр

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД АРТРОПЛАСТИКОЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Прекрасные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава могут быть перечеркнуты различными осложнениями, в том числе и соматическими. Вероятность их развития во многом зависит от исходной коморбидности пациентов.

ЦЕЛЬЮ настоящей работы было изучение коморбидности у пациентов перед артропластикой тазобедренного сустава.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование вошло 2972 пациента, которым было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава в период с 1994 по 2020 годы (учитывалось только первичная артропластика). Для оценки соматического состояния пациентов мы применяли индекс коморбидности Deyo-Charlson. Анализ данных был произведен при помощи программной оболочки для статистического анализа R 4.0.2.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Среди пациентов женщин было 1740 человек (58,5%), мужчин – 1232 человек (41,5%). Средний возраст по выборке составлял 61,4 года (минимум 18 лет, максимум 100 лет). В целом, коморбидность не была значительной. Так, у 438 пациентов (14,8%) индекс Deyo-Charlson был равен 0. У пятой части больных (641 пациент, 21,6%) его величина равнялась 1 баллу. Наиболее частой величиной индекса было 2 балла. Мы выявили 769 таких больных (25,9%). Оценка в 3 балла также встречалась достаточно часто – у 680 человек (22,9%). Коморбидность в 4 балла имели 322 пациента (10,8%), в 5 баллов – 93 больных (3,1%), в 6 баллов – 23 человека (0,8%). У четырех пациентов (0,1%) индекс коморбидности равнялся 7 баллам, у одного – 8 баллам (<0,1%) и еще у одного – 10 баллам (<0,1%).

Наиболее типичным сопутствующим заболеванием в выборке оказалась активная фаза язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, а также гастродуоденальное кровотечение в анамнезе. Всего было выявлено 212 таких

пациентов (26,0% от всех видов сопутствующей патологии). Следующей по частоте патологией оказался неосложненный сахарный диабет. Он имел место у 155 пациентов (18,9%). Хронические обструктивные заболевания легких мы выявили у 131 пациента (16,0%). За ними следовали хронический гепатит либо цирроз без признаков портальной гипертензии. Больных с такой патологией было 103 человека (12,6%). Инфаркт миокарда в прошлом имели 67 пациентов (8,2%). Примерно с одинаковой частотой встречались коллагенозы (39 человек, 4,8%); сахарный диабет, осложненный периферической ангиопатией (36 человек, 4,4%); острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе (35 человек, 4,3%). Следующие тяжелые патологические состояния регистрировались нами значительно реже: злокачественные опухоли без метастазов – 13 человек (1,6%); старческая деменция – 10 человек (1,2%); заболевания периферических артерий конечностей – 4 человек (0,9%); злокачественные опухоли с метастазированием – 5 человек (0,6%); цирроз печени с развитием портальной гипертензии – человека (0,4%); хроническая почечная недостаточность с креатинином более 270 мкмоль/л – 1 человек (0,1%) и ВИЧ-инфекция – 1 человек (0,1%). Всего таких пациентов оказалось 40 человек (4,9% от всех лиц с коморбидностью или 1,3% от общего объема выборки).

ВЫВОДЫ. Выявлены значительные колебания в величине индекса коморбидности Deyo-Charlson с явной тенденцией к преобладанию «умеренной» соматической патологии (оценки 2-3 балла). Число тяжелых пациентов примерно уравнивалось пациентами без соматической патологии. Лидерами по нозологическим формам оказались язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также сахарный диабет без периферических проявлений.

Вакуленко А. В., Неделько А. А., Павлюченко Е. В., Глазков И. Р.

Республиканский травматологический центр

УРОВЕНЬ БОЛИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЗАМЕНЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава – одна из наиболее успешных ортопедических операций, предложенных в прошлом веке. В нашем учреждении это хирургическое вмешательство производится с 1994 года. Главными показаниями к замене тазобедренного сустава являются его дегенеративно-дистрофические заболевания, а также переломы головки и шейки бедренной кости.

ЦЕЛЬЮ настоящей работы было изучение типичного уровня боли и функциональных возможностей у пациентов, которым предстоит плановая артропластика тазобедренного сустава.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании вошло 192 пациента с различными дегенеративно-дистрофическими поражениями тазобедренного сустава, которые были прооперированы в учреждении в 2020 году (учитывалось только первичное тотальное эндопротезирование). Уровень болевого синдрома оценивали при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) боли, в которой 0 баллов соответствовало полному отсутствию боли, 10 баллам – невыносимая боль. При выборе пациентом промежуточного значения последнее округлялось в большую сторону. В качестве метода объективной оценки функционального статуса пациентов использовали шкалу Oxford Hip Score (OHS). Также мы оценивали число приема пациентами анальгетиков за сутки (без учета дозы и типа вещества). Повторное измерение боли и кратности приема анальгетиков производилось на 10-е сутки после эндопротезирования. Анализ данных был произведен при помощи программной оболочки для статистического анализа R 4.0.2.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Среди пациентов женщин было 105 человек (54,7%), мужчин – 87 человек (45,3%). Средний возраст по выборке равнялся $57,4 \pm 10,9$ лет (минимум 30 лет, максимум 79 лет). Средний уровень боли по

ВАШ накануне операции равнялся $7,1 \pm 1,8$ балла (минимум 2 балла, максимум 10 баллов). При этом было установлено, что мужчины испытывали менее интенсивную боль, по сравнению с женщинами ($6,7 \pm 1,6$ балла против $7,4 \pm 1,8$ балла, соответственно). Различие было статистически достоверным ($p < 0,001$). Корреляции между предоперационной оценкой боли по ВАШ и возрастом пациентов выявлено не было. В среднем, сумма баллов по опроснику OHS без учета пола составляла $16,0 \pm 7,9$ (минимум 1 балл, максимум 46 баллов). Как и в случае с интенсивностью болевого синдрома, функциональный статус пациентов-мужчин перед операцией был несколько лучше: $17,3 \pm 7,5$ баллов против $14,9 \pm 8,0$ баллов у пациентов-женщин ($p = 0,015$). Большинство пациентов перед операцией принимало анальгетики 1 раз в сутки (диапазон от 0 до 8! приемов анальгетиков в сутки). Средняя оценка боли по шкале ВАШ на 10-е сутки после операции снизилась до $1,8 \pm 1,3$ баллов вне зависимости от пола и возраста (диапазон 0-6 баллов). Снижение уровня боли на 5,3 балла было статистически достоверным ($p < 0,001$). Закономерным образом, на 10-е сутки после операции большинство больных анальгетиков не применяло (диапазон кратности приема от 0 до 2 раз в сутки). Уменьшение потребности в обезболивании также оказалось статистически достоверным ($p < 0,001$).

ВЫВОДЫ. Пациенты женского пола испытывали перед заменой тазобедренного сустава достоверно более интенсивную боль и были более ограничены в функциональном плане по сравнению с мужчинами. Однако уже на 10-е сутки после артропластики уровень боли снижался в среднем на 5,3 балла вне зависимости от пола и возраста пациента. К этому же сроку большинство пациентов уже не принимало анальгетиков.

Вакуленко И.П., Кулишова О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАНТОВ СТРОЕНИЯ АКРОМИАЛЬНОГО ОТРОСТКА С СУБАКРОМИАЛЬНЫМ ИМПИНДЖМЕНТОМ

Причиной повреждения сухожилий манжеты вращателей при импинджмент синдроме является краевые костные разрастания по нижней поверхности акромиального отростка, остеоартроз акромиально-ключичного сустава, утолщение или обызвествление клювовидно-акромиальной связки, крючковидный тип строения акромиального отростка, латеральная скошенность переднего отдела акромиального отростка во фронтальной плоскости.

Целью исследования явилось определение взаимосвязи вариантов строения акромиального отростка с субакромиальным импинджментом.

Материалы и методы. На базе РТЦ было проведено исследование 79 пациентов с клиническими проявлениями изменений на МРТ структур сухожилий вращателей плечевого сустава, строения акромиального отростка и размеров субакромиального пространства. Исследования проводились на МРТ с напряженностью магнитного поля 1,5 Т и протоколами сканирования: cor PD TSE FS TR: 2200, TE: 30, толщина среза- 4,0 мм; sag PD TSE FS TR: 2160, TE: 31, толщина среза- 4,0 мм; tra PD TSE FS TR: 2650, TE: 29, толщина среза- 4,0 мм; cor T1 TSE TR: 325,0, TE: 8,6, толщина среза- 4,0 мм.

Результаты. В 79 случаях из 218 МРТ исследований пациентов с болями в плечевом суставе

не связанных с их травмой, был диагностирован импинджмент синдром. При детальном описании формы и размеров акромиального отростка, а также его окружения, были получены следующие результаты: наиболее частые изменения встречались при III типе строения акромиального отростка и соответствовали III стадии повреждений (53,1%); – отмечался полный разрыв сухожилий, в некоторых случаях с диастазом концов сухожилий, в ряде случаев визуализировалось разволокнение, неоднородно повышенный и высокий МР сигнал во всех режимах. При II типе строения (35,5%) – отмечали частичное повреждение сухожилий, что соответствовало II степени изменений, когда определялись истончения и разволокнения сухожилий, изменение МР сигнала в виде его неоднородного повышения во всех режимах (T1-ВИ, T2-ВИ, PD FatSad).

Самые редкие случаи субакромиального импинджмента были при I типе (10%), где отмечались тендинопатия I степени- изменения МР-характеристик сухожилий в виде участков гиперинтенсивности в T1-ВИ и PD Fat Sad без изменения толщины сухожилий.

Заключение. Дифференциальная диагностика болевого синдрома плечевого сустава должна проводиться с учетом МРТ исследования акромиона и субакромиального пространства.

Вакуленко И.П., Первак М.Б., Котлубей Е.В., Оборнев А.Л., Губенко О.В., Фоминов В.М.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ОСВОЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ НА КАФЕДРЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Выбор кафедрой профессиональных компетенций, которые она обеспечивает, а также разработка и применение соответствующих средств обучения и фондов оценочных средств, которые необходимы для контроля освоения этих компетенций во многом определяют эффективность реализации компетентностного подхода в обучении.

На кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии ведется преподавание трех дисциплин:

«Основы методов лучевого исследования» (для студентов 2 курса, обучающихся по специальности Лечебное дело и Педиатрия), «Лучевая диагностика» (для студентов 3 курса, обучающихся по специальности Лечебное дело, Педиатрия, Медико-профилактическое дело), «Лучевая диагностика и лучевая терапия» (для студентов 3 курса, обучающихся по специальности Стоматология). Все эти дисциплины (с некоторыми различиями) участвуют в формировании диагно-

стических компетенций. В соответствии с требованиями ГОС ВПО по специальностям Лечебное дело, Педиатрия, Медико-профилактическое дело основными целями изучения лучевой диагностики являются умение интерпретировать лучевую семиотику патологии различных органов и систем, а также умение выбрать оптимальный метод лучевого исследования для визуализации той или иной патологии. Для проверки достижения первой цели по каждой теме подготовлены наборы ситуационных заданий, каждое из которых состоит из изображения и стандартизованной схемы описания, а также наборы тестов формата А, условие которых – описание лучевой семиотики у конкретного пациента, а дистракторы – морфологические субстраты ведущего синдрома в данном случае. Реализация второй цели контролируется с помощью наборов тестовых заданий формата А, с клинической ситуацией и вопросом о выборе оптимального метода луче-

вого исследования. У студентов стоматологического факультета дисциплина включает и лучевую терапию, поэтому фонд оценочных средств по этой специальности включает кластерные ситуационные задачи с описанием клинической ситуации и последовательными вопросами с дистракторами по выбору цели, метода лучевой терапии, общей и разовой дозы, возможных общих и местных лучевых реакций и т.д., а также тесты формата А. На 2 курсе основная цель изучения дисциплины – уметь распознать метод лучевого исследования, поэтому используются задания, включающие лучевые изображения и вопросы по сути метода и интерпретации визуализируемых структур.

Таким образом, адекватный подбор оценочных средств обеспечивает возможность контроля освоения студентами необходимых компетенций.

Вакуленко И.П., Шаталов С.А., Фоминов В.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», ДОКТМО, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ ПО СЕГМЕНТАМ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Цель работы – уточнить частоту локализаций очаговых образований по сегментам печени при ультразвуковом исследовании.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ультразвукового исследования у 258 пациентов с очаговыми образованиями печени (ООП), которые лечились в I хирургическом отделении ДОКТМО за последние 10 лет. Среди пациентов женщин было 142 (55%), мужчин – 116 (45%) в возрасте от 20 до 72 лет. Применены следующие методы обследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, по показаниям – компьютерная или магнитно-резонансная томография. Ультразвуковое исследование проводили на аппарате «Toshiba Nemio XG SSA-580A» (Япония) конвексными датчиками 3,5 и 5 МГц.

Результаты. По данным комплексного обследования, выделены следующие разновидности ООП: непаразитарная киста – 110 (42,6%), гемангиома – 41 (15,9%), абсцесс – 38 (14,7%), эхинококковая киста – 34 (13,2%), аденома – 12 (4,7%), локальная узловая гиперплазия – 8 (3,1%), гепатоцеллюлярный рак – 6 (2,3%), холангиокарцинома – 5 (1,9%), метастазы – 4 (1,6%). Нами определена наибольшая частота локализации ООП по сегментам: непаразитарная киста – в III (23,7%), IV (15,6%) и VI (16,5%); гемангиома – в VI (23,7%), VII (21,5%) и VIII (17,6%); эхино-

кокковая киста – в IV (24,3%), VII (20,8%) и VIII (19,1%); абсцесс – в IV (25,4%), V (22,5%) и VI (19,2%); аденома – во II (22,7%), III (28,3%) и V (20,8%); локальная узловая гиперплазия – в V, VI и VII (по 25%); гепатоцеллюлярный рак – в V (33,4%), VI (33,4%) и VII (16,7%); холангиокарцинома – в III (40%), V (40%) и VI (20%); метастазы – в V (25%), VI (50%) и VII (25%).

Определение точной посегментарной локализации ООП имеет важное значение для выбора хирургического доступа. Наиболее благоприятные условия для выполнения лапароскопического вмешательства были при локализации очага в левой доле (II – III сегменты), IV, V, VI сегментах (а также VII – VIII сегментах при НКП). При локализации очагового образования печени в I, задней части IV и задненижней части VIII сегментов лапароскопическую операцию делать не рекомендуется. При локализации патологического процесса в VIII сегменте печени показана лапаротомная операция, так как доступ затруднён из-за топографии этого сегмента.

Выводы. Таким образом, для принятия решения об оперативном вмешательстве, целесообразно при ультразвуковом исследовании определять размеры и локализацию ООП по сегментам.

Вакуленко М.В., Стрионова В.С., Москаленко С.В., Марков С.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЗМА В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Актуальность исследования. Одной из актуальных проблем детской хирургии в настоящее время являются хирургические заболевания, требующие выполнения обширной резекции тонкой кишки. Исходя из данных отечественной и зарубежной литературы известно, что обширная резекция тонкой кишки сопровождается нарушением процессов пищеварения и метаболизма в организме пациентов.

Цель исследования – оценить степень нарушения дигестивных и метаболических процессов у детей, перенесших обширную резекцию тонкой кишки в отдаленном послеоперационном периоде.

Материал и методы. Под наблюдением находился 71 пациент, которым выполнено оперативное пособие, включающее резекцию участка тонкой кишки. Возраст детей от 1 года до 16 лет. Пациенты распределены на II группы в соответствии с объёмом резекции. I группа (основная) – объём резекции составил более 50 см, (33 ребенка). II группа (сравнения) объём резекции составил от 20 см до 50 см, (38 детей). III группа (контрольная) – здоровые дети, которым не проводились оперативные пособия, включающие резекцию участка тонкой кишки, (20 пациентов). Для верификации отдаленных последствий обширной резекции тонкой кишки у детей была произведена оценка антропометрических данных, степени выраженности клинических проявлений, результатов общего и биохимического анализов крови, данные копроцитограммы, было определено содержание иммуноглобулинов класса IgA, IgM и IgG, проанализирован микробный пейзаж, оценена моторно-эвакуаторная функция кишечника.

Результаты исследования. По результатам обследования выявлено, что дети, перенесшие резекцию тонкой кишки, значительно отстают в физическом развитии по сравнению со здоровы-

ми детьми. Также больные I группы отстают по сравнению с детьми II группы. Это подтверждается тем, что у 28 детей (84,8%) II группы отмечается отставание в соответствии с показателями массы тела, а у 33 больных (100%) I группы с показателями длины тела. У 24 пациентов (72,2%) I группы имеет место отставание в соответствии с показателями окружности грудной клетки и окружности головы. У детей III группы таких изменений не отмечалось. У всех детей I группы имели место жалобы на периодические, приступообразные боли в животе, диарею, полифекалию. Явления полифекалии и диареи во II группе встречались в четыре раза реже, чем в I группе и отсутствовали в III группе. Однако, периодические боли в животе были отмечены у 23 человек (60,5%) II группы больных, а также у 4 больных (20%) III группы. В I и II группах имеет место снижение показателей всего исследуемого электролитного ряда (K, Ca, Na, Cl, P) по сравнению с показателями здоровых детей. Уровень общего белка сыворотки крови оказался снижен в I и II группах, но наиболее низкий в I группе. Наличие признаков вторичного иммунодефицитного состояния у больных I группы объясняется снижением уровня всех иммуноглобулинов. У детей I группы отмечалась повышено – ускоренная эвакуация химуса – в 72,7%, умеренно – ускоренная – в 27,3% случаев. Во II группе умеренно – ускоренная эвакуация по кишечнику отмечалась в 78,9% случаев, нормальная в 21,1%.

Выводы. Пациенты, перенесшие резекцию тонкой кишки, характеризуются отставанием в физическом развитии, нарушением обмена белков, электролитов, ферментативной недостаточностью, снижением иммунологического статуса. Дети, перенесшие обширную резекцию тонкой кишки, нуждаются в реабилитации, направленной на коррекцию патологических дигестивных нарушений.

Василенко М.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение. Многоуровневый и дистальный характер поражения артерий при сахарном диабете, наличие тяжелых сопутствующих патологий ограничивают технические возможности и показания к выполнению реконструктивных операций.

Цель исследования: изучить эффективность хирургических вмешательств у пациентов с многоуровневым окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей и критической ишемией на фоне сахарного диабета.

Материал и методы: исследование включает в себя 104 пациента, находившихся на лечении в ИНВХ им. Гусака в течении 2019 года. Возраст составил от 50 до 85 лет. Все больные страдали сахарным диабетом II-го типа и имели критический уровень ишемии нижних конечностей. У 24% больных была III степень хронической артериальной недостаточности, у всех остальных – IV степень (по классификации А.В. Покровского). Длительность патологии стоп составила от 1 месяца до 16 лет. Специальные методы исследований: дуплексное и триплексное сканирование, УЗДГ артерий, ангиография. Была выполнена 61 реваскуляризирующая операция:

из них 30 открытых реконструктивных операций, 21 эндоваскулярное вмешательство и 10 гибридных операций. Остальным больным проводилась консервативная терапия в связи с невозможностью выполнения реконструктивной операции.

Результаты. У всех оперированных пациентов результат операции был признан удовлетворительным, ишемия регрессировала, восстановлен кровоток по пораженным артериям. В раннем послеоперационном периоде удалось избежать высоких ампутаций и сохранить опорную функцию стопы.

Выводы. Хирургические вмешательства при критической ишемии ног на фоне сахарного диабета являются оправданным и обоснованным подходом к лечению, эффективным способом купирования критической ишемии и сохранения опорной функции конечности, позволяющим избежать высокой ампутации. Для улучшения результатов лечения необходима ранняя диагностика и своевременное формирование показаний к реваскуляризации до развития критической степени ишемии.

Васильев В.А., Васильева Л.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ

В условиях карантина при самоизоляции студентов особую роль играет дистанционное обучение, при котором лекционный курс и темы практических занятий изучаются ими самостоятельно, но под контролем преподавателя. На информационно-образовательной среде университета представлены тексты интерактивных лекций и календарно-тематический план практических занятий кафедры. Студенты по своему расписанию изучают лекционный курс, после прочтения блока лекции осуществляется проверка знаний путем тестирования. Наряду с этим, по каждой теме практического занятия готовятся видеофильмы, в которых преподаватель в доступной форме на анатомических пре-

паратах демонстрирует структуры органа и акцентирует внимание на важности этих знаний в практической деятельности врача. Краткость изложения основной информации позволяет студентам запомнить главные детали строения органов, их кровоснабжения, иннервации и путей оттока венозной крови. При этом обязательно учитывается функциональное предназначение того или иного органа в организме человека. Для лучшего запоминания указывается практическая значимость данной темы. Проверка знаний у студентов осуществляется путем тестирования в строго отпущенное время и по его завершению выставляется оценка. Помимо тестирования студенты выполняют практические задания, в кото-

рых описывают анатомические образования на фото органа или кости.

Для самостоятельного обучения студентам рекомендуется вся необходимая литература с

указанием страниц в учебнике и атласе.

Таким образом, создание базы видеофильмов позволяет студентам более глубоко осваивать строение тела человека.

Ватутин Н.Т., Кардашевская Л.И., Косенко М.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

РОЛЬ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ, В ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Актуальность: по разным подсчетам хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в настоящее время болеют от 15 до 23 млн человек. Отмечается неуклонный рост таких больных во всех странах независимо от политической и экономической ситуации. Соблюдение клинических рекомендаций при наблюдении пациентов с ХСН крайне важно, так же, как и адекватный контроль выполняемого пациентом режима, которые прямым образом влияют на течение и исход заболевания.

Цель: определить наиболее значимые причины повторной госпитализации пациентов с декомпенсацией ХСН с учетом роли факторов, определяющих приверженность к лечению.

Материалы и методы: Обследованы 40 пациентов кардиологического отделения с декомпенсированной ХСН: 18 женщин (45%), 22 мужчины (55%) в возрасте от 38 до 86 лет. Проанализированы данные физикальных и лабораторных исследований, эхокардиографии (Эхо КГ) с учетом фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Произведен расчет индекса массы тела (ИМТ), СКФ по формуле Cockcroft-Gault. Изучены вопросы догоспитального ведения пациентов. Для оценки приверженности к лечению проведено анкетирование с использованием тест-системы Мориски-Грина.

Результаты: Наиболее встречаемая возрастная подгруппа пациентов – 60-80 лет с преобладанием мужчин. Сопутствующие коморбидные заболевания: АГ – 92,5%, ИБС – 95%, фибрилляция предсердий и аритмии – 35%, инсульт в анамнезе – 7,5%, сахарный диабет – 35%. Значимые факторы риска: снижение/отсутствие физической нагрузки – в 75% случаев, нарушение функции почек (СКФ \leq 80 мл/мин/1,73 м²) – в 72,5%, избыточная масса тела – в 62,5%, ЧСС выше 75 ударов в минуту – в 65%. По данным

Эхо КГ: ФВ \leq 50% выявлена у 23 (57,5%) пациентов, ФВ \geq 50% – у 17 (42,5%).

Медикаментозная терапия была назначена 92,5% обследуемым (n = 37). ИАПФ/АРА2 назначены лишь в 55% случаев, бетаблокаторы (ББ) и статины – в 27,5%, доля диуретиков, антагонистов минералкортикоидов (АМКР) незначительна.

Наибольший удельный вес среди всех причин заняло отсутствие регулярного врачебного контроля – в 47,5% случаев. На втором месте (в 22,5% случаев) – причина «забыл» принять лекарство. На третьем – социальный фактор (финансовые трудности). На долю таких причин, как побочные эффекты и самостоятельный отказ пациентов принимать препараты, приходится наименьший процент – 10% и 2,5% соответственно.

Выводы: Полученные нами результаты отражают картину приверженности к лечению пациентов с ХСН, а также факторы, влияющие на повторную госпитализацию больных с декомпенсацией ХСН.

Основными по тесту Мориски-Грина являются факторы, непосредственно связанные с участием врача и организацией медицинской помощи пациентам: отсутствие регулярного наблюдения; игнорирование немедикаментозных мероприятий по снижению веса, физическим нагрузкам; неадекватная или некорректная в половине случаев медикаментозная терапия сердечной недостаточности. Есть объективные причины: «кадровый голод», пандемия COVID 2019, сокращение образовательных возможностей для практических врачей из-за вышеобозначенных причин. Учет этих данных позволит улучшить диспансерное наблюдение и качество жизни больных с ХСН, избежать дополнительной нагрузки на стационары.

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Гасендич Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ЭРИТРОЦИТОЗА

Цель – изучить особенности клинического течения острого инфаркта миокарда на фоне эритроцитоза.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 194 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении городской больницы №23 г. Донецка с января по май 2019 г. В зависимости от уровня гемоглобина пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 26 пациентов (19 мужчин, 7 женщин) с ОИМ на фоне эритроцитоза (уровень эритроцитов выше $5,0 \times 10^{12}/л$ у женщин и более $5,5 \times 10^{12}/л$ у мужчин; концентрации гемоглобина выше 164 г/л у женщин и 172 г/л у мужчин), во вторую группу – 168 пациентов (88 мужчин, 80 женщин) с ОИМ без эритроцитоза. Изучались уровень тропонина при поступлении, динамика электрокардиографических проявлений ОИМ, выраженность сердечной недостаточности, наличие сопутствующей артериальной гипертензии и продолжительность госпитализации. Обработку результатов выполняли на персональном компьютере с использованием программы MedStat.

Результаты. Пациенты первой группы имели достоверно ($p=0,008$) более высокие уровни тропонина I ($7,6 \pm 2,4$ нг/мл против $3,3 \pm 1,2$ нг/мл) и достоверно большую ($p<0,05$) длительность острой фазы ИМ (возвращения сегмента ST к изолинии) - медиана составляла 9 (3; 14) дней в первой группе против 5 (2; 7) дней во второй. У пациентов с эритроцитозами были достоверно ($p<0,05$) более высокие функциональные классы сердечной недостаточности (СН) по NYHA: тяжелую СН (3 и 4 функциональный классы) имели 92% лиц первой группы против 54% второй; а также чаще (у 80% пациентов первой группы против 72,2% второй) выявлялась гипертоническая болезнь ($p<0,05$).

Выводы. ОИМ на фоне эритроцитоза характеризуется значительно более выраженным повышением уровня тропонина ($p=0,008$), длительным периодом возвращения сегмента ST к изолинии ($p<0,05$), более высоким функциональным классом сердечной недостаточности ($p<0,05$), более частой АГ ($p<0,05$) и удлинением сроков госпитализации по сравнению с ОИМ на фоне нормального уровня гемоглобина.

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Гасендич Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭРИТРОЦИТОЗОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Цель: изучить распространенность эритроцитозов среди пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 194 больных с острым инфарктом миокарда, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении городской больницы №23 г. Донецка с января по май 2019 г. Оценивали уровень эритроцитов и гемоглобина. Эритроцитозом считали уровень эритроцитов в периферической крови выше $5,0 \times 10^{12}/л$ у женщин и более $5,5 \times 10^{12}/л$ у мужчин; концентрации гемоглобина выше 164 г/л у женщин и 172 г/л у мужчин. Обработку результатов выполняли на персональном компьютере с использованием программы MedStat.

Результаты. Из 194 пациентов с острым инфарктом миокарда эритроцитоз были выявлены у 26 (13% 95% ДИ 10,4-15,6%) лиц, средний возраст $67,4 \pm 4,6$ лет, из них 19 (73%, 95% ДИ 87,4-79,2%) мужчин и 7 (27%, 95% ДИ 22,2-32,1%) женщин. Среди мужчин средняя концентрация эритроцитов составила $5,9 \pm 1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобина $-176,1 \pm 5,2$ г/л; среди женщин – $5,3 \pm 0,8 \times 10^{12}/л$ и $166,4 \pm 3,6$ г/л соответственно. Соотношение по возрасту: до 65 лет - 11 пациентов (42% 95% ДИ 39,8-45,1%), старше 65 лет – 15 пациентов (58% 95% ДИ 55,7-61,1%) соответственно. Среди мужчин и женщин разного возраста: до 65 лет мужчин – 7 (27% 95% ДИ 25,2-29,6%), женщин – 4 (15% 95% ДИ 13,9-17,1%); старше 65 лет мужчин – 12 (46% 95% ДИ 43,4-49,6%), женщин – 3

(12%95% ДИ 10,1-13,2%)

Выводы. Распространенность эритроцитозов среди пациентов с острым инфарктом миокарда

достигает 13%. Среди пациентов преобладают мужчины в возрасте старше 65 лет (46%).

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Гончарук М.С., Лапин В.А., Вустяк Н.Ф., Батырева И.Н.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГОВЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цель работы. Оценить влияние различных групп антигипертензивных препаратов на скорость заживления поверхностных ожоговых ран у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ожогового отделения ИНВХ им.В.К.Гусака. Обследовано 26 больных (8 мужчин, 18 женщин) с поверхностными ожогами и АГ. Средний возраст мужчин составил 31,2±6,5 г., женщин – 55,78±20,5 г. Пациенты были разделены на 2 группы: 12 пациентам 1 группы в качестве антигипертензивного препарата назначался верапамил в дозе 80 мг 3 раза в сут., 14 пациентам 2 группы – бисопролол в дозе 5 мг один раз в сут. Оценивался процесс эпителизации ожоговой раны с помощью «Медицинской информационной системы определения скоро-

сти заживления ран под воздействием различных препаратов (МИС)» с соответствующим программным обеспечением для персонального компьютера, разработанной ГУ «Автоматгормаш им. В.А. Антипова» на 10 сут. стационарного лечения.

Результаты. На 10 день лечения полная эпителизация ожоговой раны регистрировалась у 11 обследованных 1 группы (91,7%) и 5 (35,7%) – во 2 группе (p=0,013). У остальных обследованных отмечалась частичная эпителизация раны.

Выводы. На фоне применения верапамила процесс заживления поверхностных ожогов кожи идет значительно быстрее, чем на фоне бисопролола, что следует учитывать при лечении больных с ожоговой травмой, страдающих АГ

Ватутин Н.Т., Шевелек А.Н., Глуменко И.Г., Харченко А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ТРЕНИРОВКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Актуальность исследования. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – одна из наиболее значимых медицинских, социальных и экономических проблем. Развитие ХСН приводит к значительному ухудшению качества жизни пациентов, обусловленному прежде всего снижением переносимости физических нагрузок и возникновением одышки. Нарушение сократительной способности миокарда приводит к возникновению саркопенических изменений дыхательной мускулатуры, что усугубляет выраженность симптомов заболевания. Применение дыхательных техник в дополнение к традиционному медикаментозному лечению больных ХСН может способствовать улучшению их клинического статуса.

Цель – оценить влияние тренировки дыхательной мускулатуры на толерантность к физической нагрузке больных с декомпенсацией ХСН.

Материалы и методы. В исследование было включено 40 пациентов (26 мужчин и 14 женщин, средний возраст 68,3±4,2 лет), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка (<40%). Больные были разделены на две группы: 1-ю (n=20) составили лица, получавшие только стандартную терапию ХСН (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты альдостерона, β-адрен-облокаторы, дигоксин, диуретики), пациенты 2-й группы (n=20) дополнительно были обучены технике тренировки

дыхательной мускулатуры с помощью полного йоговского дыхания. Исходно участники 2-й группы выполняли полное дыхание в положении лежа на спине ежедневно 4 раза в день по 8-10 дыхательных циклов, затем, по мере освоения упражнения, практиковали его также в положении сидя, стоя, а в дальнейшем – и во время ходьбы при появлении непереносимой одышки. Исходно и при выписке всем пациентам проводился тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ) с оценкой выраженности одышки по шкале Борга.

Результаты. Исходно существенных различий по клинической характеристике пациентов, результатам ТШХ (174,2±26,1 м в 1-й группе и 169,1±28,3 м – во 2-й) и выраженности одышки по шкале Борга (медиана 7,0, интерквартильный интервал 6,0-8,0 в

1-й группе и 8,0 (6,0-8,0) – во 2-й) между группами не было ($p > 0,05$). К концу периода на-

блюдения в обеих группах было отмечено существенное увеличение толерантности к физической нагрузке, более выраженное во 2-й группе по сравнению с 1-й (прирост дистанции ТШХ 158,3±24,6 м против 104,6±19,2 м соответственно, $p < 0,001$). Выраженность одышки уменьшилась в обеих группах, но существенно больше во 2-й (2,0 (2,0-3,0) баллов против 3,0 (3,0 (3,0-4,0) баллов, $p = 0,024$). Нежелательные явления при выполнении полного дыхания были отмечены у 3 (15,0%) пациентов и проявлялись легким головокружением.

Выводы. Применение тренировки дыхательной мускулатуры в дополнение к стандартной терапии пациентов, госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН, ассоциируется с достоверным увеличением толерантности к физической нагрузке и уменьшением выраженности одышки.

Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Клыса Н.М., Павликова А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк. Кафедра внутренних болезней №3.

ГИПОНАТРИЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из наиболее распространенных осложнений после кардиохирургических вмешательств. Пожилой возраст, поражения клапанов сердца, сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких и наличие ФП в анамнезе относятся к хорошо известным факторам риска развития послеоперационной ФП. Нередко проведение кардиохирургического вмешательства сопровождается снижением уровня натрия в сыворотке крови, однако потенциальная взаимосвязь гипонатриемии с возникновением ФП не изучена.

Цель исследования: оценить влияние гипонатриемии на частоту развития послеоперационной ФП у больных, подлежащих кардиохирургическим вмешательствам.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 222 пациентов (174 мужчин и 48 женщин, средний возраст 64,5 (58;69) лет), находившихся на стационарном лечении в отделении кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им.В.К. Гусака за период с января 2015 по декабрь 2018 года. Критерием включения в исследование являлось проведение кардиохирургического вмешательства на открытом сердце с применением аппарата искусственного кро-

вообращения. У всех пациентов анализировали уровень натрия сыворотки крови, измеряемый серийно во время операции, при этом гипонатриемией считали концентрацию натрия ниже 135 ммоль/л. Первичной конечной точкой исследования являлось развитие ФП в послеоперационном периоде.

Результаты. Частота развития послеоперационной ФП составила 18,9% (95% доверительный интервал (ДИ) 14,1-24,3, $p = 0,05$). У пациентов с ФП чаще выявляли ожирение, сахарный диабет и инфаркт миокарда в анамнезе, им чаще выполнялись комбинированные операции по сравнению с пациентами без ФП ($p < 0,05$).

Распространенность гипонатриемии была достоверно выше в группе ФП по сравнению с группой синусового ритма (95,2% против 77,8%, $p = 0,017$). По данным регрессионного анализа, с поправкой на сопутствующую патологию и тип оперативного вмешательства, наличие гипонатриемии являлось достоверным фактором риска развития послеоперационной ФП (отношение шансов 5,71, 95% ДИ 1,32-24,7; $p < 0,05$).

Выводы. У больных, подлежащих кардиохирургическим вмешательствам, развитие гипонатриемии является достоверным фактором риска развития ФП в послеоперационном периоде.

Ващенко А.В., Зятева А.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФАКТОРЫ РИСКА ПИТУИТАРНОЙ АПОПЛЕКСИИ И ЕЁ ПРОФИЛАКТИКА

Питуитарная апоплексия является следствием комплексной нейроэндокринной патологии. Несмотря на развитие и внедрение современных методов диагностики, осуществление своевременного консервативного и хирургического лечения, питуитарная апоплексия остаётся сложной медико-социальной проблемой. Для выбора лечебной тактики с целью предупреждения развития апоплексии гипофиза необходимо выделить факторы риска, способствующие развитию данного осложнения.

Цель. Выделить методы профилактики питуитарной апоплексии с учётом наиболее значимых факторов риска её развития.

Материалы и методы. Анализ литературных источников.

Результаты и обсуждение. Среди известных факторов риска апоплексии гипофиза можно выделить несколько:

- макроаденомы гипофиза (аденомы с максимальным размером более 2 см),
- резкое увеличение гипофизарного кровотока вследствие артериальной гипертензии,
- гормонально-активные аденомы гипофиза,
- состояние после тромболитической терапии.

В ряде исследований было отмечено, что развитие питуитарной апоплексии достоверно зависело от нарушения церебральной гемодинамики в целом и микроциркуляции крови в аденоме гипофиза в частности.

Считается, что наиболее значимым фактором риска питуитарной апоплексии является размер опухоли, что подтверждается следующим: данное осложнение встречается в 4 раза чаще при опухолях с максимальным диаметром более 2 см. Иногда встречающееся быстрое увеличение объёма опухоли оказывает дополнительное механическое воздействие на магистральные сосуды – нарушается отток крови в кавернозный синус, при этом нарастает дисфункция гипоталамических структур. Важно отметить,

что быстрый рост характерен для гормонально-активных опухолей гипофиза.

Гормонально-активные аденомы гипофиза характеризуются наличием грубого нарушения обмена веществ, среди них наиболее часто встречаются пролактин- и соматотропин-секретирующие опухоли. Следствием длительной гиперсоматотропинемии является стимуляция роста и регенерации клеток, повышенная экспрессия фактора роста эндотелия сосудов (VEGF; англ. Vascular endothelial growth factor), эпизоды гипергликемии, артериальная гипертензия. В результате избытка пролактина также отмечается нарушение проницаемости сосудов и гиперэкспрессия VEGF. Вследствие развития данных состояний снижается прочность сосудов, повышается проницаемость гематоэнцефалического барьера и резорбция биологически активных веществ. Важно отметить, что в результате повышенной экспрессии VEGF, индуцированной гиперсекрецией соматотропного гормона и пролактина, активируется неоангиогенез с синтезом тонкостенных атипичных сосудов. Таким образом, при повышении артериального давления существует высокая вероятность развития питуитарной апоплексии.

Заключение. Суммируя всё вышесказанное, можно отметить, что развитие питуитарной апоплексии является следствием грубого нейроэндокринного нарушения. Согласно анализа литературы, наиболее значимым фактором риска развития данного осложнения является наличие гормонально-активной макроаденомы размером более 2 см. Допустимо предположить, что в основе питуитарной апоплексии лежит эндотелиальная дисфункция. С целью предупреждения питуитарной апоплексии необходимо своевременное удаление гормонально-активных аденом гипофиза или осуществление своевременной коррекции гормонального дисбаланса с полноценным контролем артериального давления.

Вервекин И.В.

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ХИМИОПЕРФУЗИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАНЦЕРОМАТОЗА ЯИЧНИКА У КРЫС

Ведение. Карциноматоз брюшины (КБ) – имплантационное метастазирование злокачественных новообразований желудочно-кишечного, овариального или мезенхимального происхождения. Системная химиотерапия в этом случае является малоэффективной. Средняя продолжительность жизни пациентов после постановки диагноза не превышает 6 месяцев, а 5-ти летняя выживаемость составляет 10%. В последнее время стандартом лечения стало проведение циторедуктивных операций совместно с методиками внутрибрюшинной химиооперфузии НИРЕС и РИРАС. Современные исследования демонстрируют 2 – 5-ти кратное увеличение выживаемости по сравнению с системной химиотерапией.

Цель. Сравнение эффективности существующих методик внутрибрюшинной химиооперфузии в лечении КБ на модели асцитной опухоли яичника у крыс.

Материал и методы. Исследование было проведено на 44 крысах Wistar; 2,5–3 месяца с массой тела 350–400 г. Использован штамм опухолевых клеток ОФОЯ-16. Предварительно опухолевые клетки перевивались в/б нескольким крысам, далее от них на 7-ой день перевивались здоровым крысам. Все животные после перевивки опухоли рандомизировались методом случайных чисел на 4 группы: 1 – НИРЕС открытая (n=14); 2 – НИРЕС закрытая (n=12); 3 – РИРАС (n=11); 4 – контроль (n=7). Для химиооперфузии использовался препарат цисплатин в дозировке 20 мкг/кг. Химиооперфузия проводилась в течение

часа при температуре 41,5°. Регистрировалась температура в брюшной полости, ЧД и ЧСС, интра- и послеоперационные осложнения, WBC, Hb, масс-спектрометрия биоптатов брюшины. Конечной точкой исследования была выживаемость и гистологический регресс.

Результаты. Проведено сравнение 3-х методик региональной химиооперфузии, все три оказались эффективными, так медиана выживаемости для особой контрольной группы составила 10 дней, для РИРАС – 17, для открытой и закрытой НИРЕС – 13 и 21 день соответственно. Канцероматоз брюшины после лечения сохранялся у 23% после открытой НИРЕС; 28% – закрытой НИРЕС и 46% – РИРАС. Частота послеоперационных осложнений и выраженность воспалительного ответа была выше у группы открытой НИРЕС.

Выводы. По данным выполненного исследования была продемонстрирована большая эффективность методики закрытой НИРЕС по данным выживаемости и аутопсии по сравнению с остальными методиками, так же метод обладает наименьшим процентом осложнений, имеет меньше системных эффектов из-за более избирательного накопления в брюшине. Однако, метод НИРЕС в силу своих особенностей может использоваться только однократно, что нельзя сказать о РИРАС, который эффективно снижает объем канцероматоза и может использоваться как этап комбинированного лечения.

Верейкина Я.С., Сигитова Е.В., Гольнева А.П., Шевченко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького» г.Донецк

ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ НАДЪЯДЕРНЫЙ ПАРАЛИЧ ИЛИ БОЛЕЗНЬ СТИЛА-РИЧАРДСОНА-ОЛЬШЕВСКОГО (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность исследования. Прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП, болезнь Стила-Ричардсона-Ольшевского) является спорадическим нейродегенеративным заболеванием с преимущественным вовлечением подкорковых и стволовых структур, которое характеризуется быстро прогрессирующим акинетико-ригидным синдромом с постуральной неустойчивостью,

глазодвигательными нарушениями, псевдобульбарным параличом и деменцией. Общая распространенность в популяции составляет в среднем 5 случаев на 100 тыс. населения, за 5-7 лет развивается тяжелая инвалидность.

Описание клинического случая. Пациент 73 г., самостоятельно обратился к неврологу ДОК-ТМО 19.10.2020 г. с жалобами на слабость и

«неуверенность» в ногах, шаткость при ходьбе, «скованность» в теле, замедленность движений, дрожание в конечностях, поёхивание при глотании жидкой и твердой пищи, осиплость голоса, снижение памяти на текущие события, нарушение мочеиспускания по типу недержания. Из анамнеза заболевания: считает себя больным около 2-х лет, когда стал отмечать ноющую боль и слабость в ногах; полгода назад отметил «скованность» в конечностях, замедленность движений, периодический тремор в руках при выполнении целенаправленных движений. 02.10.2020 г. состояние ухудшилось: усилились скованность в теле и дрожание в конечностях, выросла слабость в ногах, из-за чего стал передвигаться с посторонней помощью. В связи с нарастанием симптоматики был госпитализирован в неврологическое отделение ДОКТМО. Неврологический статус при поступлении: ориентирован в месте, времени, собственной личности верно, MMSE-21 балл. Гипомимия, брадикинезия, парез вертикального взора; слабость конвергенции с 2-х сторон. Атрофии, фасцикуляции в языке. Дисфония, дисфагия. Нёбный, глоточный рефлексы повышены, грубый дистанционный «хоботковый» рефлекс. С-м Маринеску-Радовичи с 2-х сторон «+». Мышечная сила снижена, больше в левых конечностях; мышечный тонус повышен по пластическому типу, больше слева. С-м Нойка «+» с 2-х сторон. Рефлексы рук живые, коленные – высокие, D>S; ахилловы не вызываются. В позе Ромберга стоит с широко расставленными ногами.

Учитывая жалобы, анамнез заболевания, не-

врологический статус, дифференциальная диагностика проводилась с болезнью Паркинсона, мультисистемой атрофией, кортико-базальной дегенерацией.

Показательными являлись результаты МРТ головного мозга от 16.10.2020 г.: очаговые изменения в белом веществе лобных и теменных областей с обеих сторон, в области базальных ядер, зрительных буграх с обеих сторон и кисты в лобных областях с обеих сторон и теменной области слева сосудистого генеза; расширение желудочков головного мозга, цистерн и субарахноидальных пространств в лобно-височно-теменных областях с обеих сторон; МР-признаки снижения кровотока в М2-сегменте правой средней мозговой артерии, Р2-сегментах задних мозговых артерий с обеих сторон, в А1-сегментах передних мозговых артерий с обеих сторон. Таким образом, анализируя жалобы больного, анамнез заболевания, неврологический статус, данные нейровизуализации, пациенту был установлен диагноз «Прогрессивный надъядерный паралич (синдром Стила-Ричардсона-Ольшевского). Умеренно выраженный паркинсонический синдром, акинетико-ригидно-дрожательная форма, когнитивные нарушения на фоне органического поражения головного мозга.

Выводы: несмотря на установление диагноза, сохраняется трудность в прогнозировании течения данного заболевания, что объясняет необходимость усовершенствования методов терапии и реабилитации больных с заболеванием прогрессирующего надъядерного паралича.

*Веремьев Н.Е., Макогон В.Д., Романенко С.В., Мальгин Г.А.
Научный руководитель – проф. Седаков И.Е.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОНОПОРТОВОГО ДОСТУПА В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО I СТАДИИ

Цель исследования: изучить опыт применения монопортowego торакального доступа при лечении немелкоклеточного рака легких I стадии.

Материалы и методы: Был проведен поиск публикаций в базах Medline, Embase и PubMed и выявлено 492 пациента с патологическим немелкоклеточным раком легкого I стадии, перенесших торакоскопическую операцию в период с 2015 по 2020 года. Количественные переменные представлены в виде медианы и минимум,

максимум, т.к. распределение отличалось от нормального. Номинальные и порядковые переменные представлены в виде процентов.

Результаты: Средний возраст пациентов составил $71,5 \pm 7,5$ года, пациентов мужского пола - 289 (58,7%), женского - 203 (41,3%). 44 пациентам была выполнена сегментэктомия, а 448-лобэктомия: 139 пациентам (31%) правая верхняя лобэктомия, 26 пациентам (5,8%) правая средняя лобэктомия, 77 (17,2%) - правая нижняя лобэктомия, 124 пациентам (27,6%) левая верх-

ная лобэктомия и 82 (18,4%) – левую нижнюю лобэктомия. Средняя длина разреза составила 4,2 см. Разрез выполнялся в 4-м или 5-м межреберье между передней и задней подмышечными линиями. Средняя длительность хирургического вмешательства составила 175±21 минут. Средняя оценочная кровопотеря 92±18 мл, средняя продолжительность дренирования плевральной полости 1,9±0,6 суток. Длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре составила 7,1±1,7 дня. Гистологическое исследование показало, что из 492 пациентов: у 358 – аденокарцинома, у 112 – плоскоклеточный рак, у 11 выявлена аденокарцинома и у 11 – мелкоклеточный рак легкого. В послеоперационном периоде серьёз-

ных осложнений не наблюдалось, 13 пациентам (2,6%) потребовалась переднебоковая торакотомия. После оперативного вмешательства и полурезекции R0 края резекции 2-летняя выживаемость составила 98%.

Вывод: Монопортовый торакальный доступ при немелкоклеточном раке легкого I стадии является безопасной процедурой, но имеет большую продолжительность операции и связан с более длительной кривой обучения, в сравнении с другими доступами. Монопортовый доступ характеризуется лучшим косметическим эффектом, в сравнении с другими доступами, не требуя дополнительного выполнения мини-торакотомии для извлечения препарата.

Верещагин С.И., Чуйко А.В., Валюшко Т.В., Никитин А.А.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

ОБОСНОВАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ В ОСТРОМ И РАННЕМ ПЕРИОДАХ ТРАВМЫ

Новые возможности диагностики и лечения пострадавших с компрессионными переломами позвонков обуславливают необходимость в проведении всестороннего анализа системы оказания специализированной медицинской помощи детям с травматическими повреждениями позвоночника для определения направлений её совершенствования.

Цель. Оценить качество специализированной помощи пострадавшим с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков в условиях отделения травматологии и ортопедии для детей.

Материалы и методы. Использованы результаты ретроспективного анализа данных, полученных при изучении медицинской документации 94 детей с неосложненными компрессионными переломами позвоночника в остром и раннем периоде травмы. Пациенты проходили этап стационарного лечения в отделении травматологии и ортопедии для детей РТЦ в период 2018-2019 гг. Среди пострадавших преобладали дети младшего школьного возраста – 56,4%. Средний возраст детей составлял 9,3±2,9 года. Анализировались схемы ведения и методики лечения детей, сроки их пребывания в стационаре.

Результаты и обсуждение: Целесообразность госпитализации в специализированные отделения травматологии всех пострадавших с подозрением на «свежие» компрессионные повреждения позвоночника для проведения ком-

плексной диагностики, а также для определения тактики лечения и, как минимум, начала его осуществления, на протяжении многих лет поддерживается консолидированным мнением детских травматологов.

Анализ полученных данных показал, что в отделении травматологии и ортопедии для детей РТЦ, как и во многих других специализированных отделениях данного профиля, лечение пациентов с неосложненными компрессионными переломами позвонков проводится с использованием метода функциональной терапии. В основе этого метода лежит принцип разгрузки позвоночника и укрепления мышечного корсета для стабилизации повреждённого сегмента позвоночного столба. Физические упражнения, равно как и назначаемые в комплексном лечении пострадавших массаж и физиотерапевтические процедуры, улучшают кровоснабжение повреждённых структур, тем самым, ускоряя их регенерацию и уменьшая болевой синдром. В нашем исследовании выбор данной методики лечения был обоснован результатами клинко-лучевой диагностики с использованием метода МРТ. Так, все пострадавшие имели повреждения позвоночника, относящиеся к типу А I (включенные переломы) по классификации АО/ASIF. Общепринятым терапевтическим подходом при данном типе повреждений является использование методов консервативного лечения.

Схемы лечения пациентов составлялись с

учетом клинической симптоматики и соответствовали известным представлениям о периоде острой компрессии, процессах некроза и резорбции поврежденной костной ткани позвонка. Однако индивидуальные схемы лечения слабо коррелировали с возрастом пострадавших, степенью тяжести (количество поврежденных позвонков и их локализация) и давностью травмы позвоночника. Средний срок стационарного лечения детей с компрессионными переломами тел позвонков в нашем исследовании составил $28,2 \pm 9,3$ дня. Следует отметить, что в современный период наблюдается общая тенденция к сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре. Полагаем, что вопрос о более

раннем переводе детей с компрессионными переломами позвоночника на этап амбулаторно-поликлинического лечения в условиях продолжающегося вооруженного конфликта в Донбассе требует дальнейшего изучения.

Заключение. Специализированная медицинская помощь при неосложненных компрессионных переломах тел позвонков у детей в остром и раннем периоде травмы оказывается в условиях отделения травматологии и ортопедии педиатрического профиля с использованием комплекса методов консервативного лечения. В наших наблюдениях средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составляла 4 недели.

Верещагин С.И., Чуйко А.В., Чинякина Е.В., Ютовец Т.С., Сорокина В.В.

Республиканский травматологический центр, Донецк, ДНР

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЛУЧЕВОЙ ДИГНОСТИКИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Совершенствование методов медицинской визуализации определяет необходимость обоснования оптимальных решений их использования в системе диагностики компрессионных переломов тел позвонков у детей в современных условиях.

Цель: определить диагностические возможности комплексного клиничко-лучевого исследования с применением современных медицинских технологий для выявления компрессионных переломов позвоночника у детей.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом клинических наблюдений 126 пострадавших в возрасте от 3 до 17 лет включительно, которые были госпитализированы в отделение травматологии и ортопедии для детей Республиканского травматологического центра г.Донецка с предварительным диагнозом – компрессионный перелом тела позвонка грудного и/или поясничного отдела позвоночника в остром и раннем периоде травмы. Постановка клинического диагноза осуществлялась путем сбора жалоб и анамнеза, проведения объективного обследования, а также оценки результатов лучевых методов диагностики – рентгеновской спондилографии, компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Последние два метода визуализации использовались для проведения экспертного оценивания результатов стандартной рентгенографии позвоночника.

Результаты и обсуждение: Анализ полученных данных показал, что диагноз – компрессионный перелом тела позвонка, установленный

на основании объективного обследования и стандартной рентгенографии позвоночника, подтверждался результатами МРТ/КТ-исследования в 74,3% случаях. При этом изменения на рентгенограммах в виде клиновидной деформации тела позвонка, пролабирования замыкательных пластинок, равномерного уплощения тела позвонка и других клиничко-рентгенологических признаков компрессионного перелома позвоночника полностью соответствовали результатам МРТ/КТ лишь в 16,2% случаев. В 58,1% случаев использование современных методов лучевой диагностики позволило уточнить локализацию и тяжесть повреждения позвонков, что повлияло на выбор способа лечения и сроки проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. У 25,7% пострадавших после дополнительного обследования, чаще с применением метода МРТ, диагноз компрессионного перелома тела позвонка был изменен в пользу менее тяжелого повреждения – ушиба позвоночника/тела позвонка. Это позволило сократить сроки пребывания данной группы пациентов в стационаре.

Детальный анализ клинических симптомов компрессионного повреждения позвоночника у детей подтвердил высокую информативность такого признака, как диспноэ. Затрудненное дыхание или его кратковременная задержка в момент травмы наблюдалось у 70,3% пациентов с повреждениями позвоночника. Симптом диспноэ в 2 раза чаще имел место у пострадавших с верифицированными переломами тел позвонков, вне зависимости от локализации поврежде-

ния и механизма травмы, чем у детей с ушибами позвоночника. Кроме того, нарушение дыхания было отмечено у всех пациентов, которые обратились за специализированной медицинской помощью в день получения травмы. При более позднем обращении – 39,5% случаев, данный клинический признак встречался значительно реже.

Заключение. Важным элементом первичной диагностики компрессионных повреждений позвоночника у детей считаем целенаправленное выявление симптома диспноэ в момент повре-

ния травмы. Наличие данного признака определяет необходимость неотложного обращения в медицинское учреждение для проведения клиничко-лучевого исследования. При соответствующем материально-техническом оснащении клиничко-лучевую диагностику повреждений позвоночника у детей целесообразно проводить с использованием МРТ/КТ-исследования для верификации результатов объективного обследования и стандартной рентгеновской спондилографии.

Вертепная Е.Т., Горшкова Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ВИТАМИНА D В КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИМУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Цель исследования: изучить связь между уровнем содержания витамина D в крови и продукцией антител к составляющим гормонов щитовидной железы, а также оценить возможные механизмы влияния метаболита кальциферола на состояние пациента с АИТ.

Материалы и методы исследования: подборка медицинских статей, а также работы, в которых оценивалась связь между витамином D и аутоиммунным тиреоидитом из таких баз данных, как PubMed и Embase.

Результаты исследования: нами проведен анализ медицинских публикаций и детально изучены закономерности влияния содержания метаболита витамина D (25(OH)D в сыворотке крови) на антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО) и к тиреоглобулину (АТ-ТГ), влияние витамина D на развитие остеопороза как одного из осложнений АИТ, а также выполнен обзор функций кальциферола, которые способны скорректировать симптоматику АИТ.

Витамин D снижает титр антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО), тем самым препятствуя развитию АИТ. На титр антител к тиреоглобулину витамин D практически не влияет.

На первой стадии АИТ под действием провоцирующего фактора запускается реакция образования антител к тироцитам. Развивается гипертериоз: из повреждённых клеток в кровь попадает содержимое фолликулов – белок тиреоглобулин, гормоны Т3, Т4 и кальцитонин. Увеличение концентрации последнего усиливает выработку его антагониста паратгормона. В свою очередь ПТГ активизирует остеокласты, разрушающие костные

балки. Происходит компенсаторное выбрасывание ионов Са в кровь. Витамин D не только подавляет секрецию ПТГ, но и повышает проницаемость эпителия кишечника для ионов Са, улучшая метаболизм данного элемента, тем самым препятствуя развитию остеопороза.

Вторая стадия АИТ характеризуется неспособностью повреждённых тироцитов вырабатывать гормоны. Из-за снижения уровня их концентрации в крови развивается гипотериоз. Одним из симптомов данного состояния является миалгия, проявляющаяся при дефиците ионов Са в крови. Регуляция гомеостаза кальция в организме витамином D позволяет избавиться от болезненных ощущений в мышцах. Кальциферол способствует урегулированию менструального цикла у женщин, страдающих АИТ, снижению ломкости ногтей, выпадения волос, устранению сухости кожи. Витамин D также противодействует таким хроническим заболеваниям аутоиммунного характера, как артриты и сахарный диабет – нарушениям, которые зачастую сопутствуют развитию АИТ.

Выводы: иммуномодулирующее и антирезорбтивное действие метаболита витамина D (25(OH)D) является основанием для применения кальциферола при аутоиммунном тиреоидите в комбинации с традиционными препаратами. Однако необходимо проведение крупномасштабных рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, чтобы достоверно определить целесообразность включения витамина D в схемы лечения АИТ. В будущем мы планируем углубиться в изучение данного вопроса.

Ветров С.Ф.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСА COVID-19

В современном мире произошли глобальные изменения в сфере образования и прежде это всего распространение информационных и коммуникационных технологий.

Одной из действующих форм информационных и коммуникационных инноваций в сфере высшего медицинского образования в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО является дистанционное обучение (ДО) и обучение в режиме онлайн, доступное для всех участников педагогического процесса.

Целью дистанционного обучения согласно «Положения о средствах электронного обучения в ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО» от 01.09.2017 г. является предоставление образовательных услуг для усвоения теоретических основ и приобретение умений, которые возможно освоить дистанционно путем применения в обучении современных информационно-коммуникационных технологий.

Под ДО понимается индивидуализированный процесс приобретения знаний, умений, навыков и способов познавательной деятельности, в нашем случае при подготовке врачей-интернов

Преимуществами ДО в условиях распространения новой коронавирусной инфекции являются

– эпидемиологическая безопасность для обучаемого, расширение мест, времени и условий обучения, которые могут быть выбраны каждым обучаемым индивидуально.

Необходимо отметить, что при разработке дистанционных курсов необходима специальная подготовка не только по техническим вопросам, но и по методическим.

В 2020 учебном году ДО приобрело особую актуальность в связи с глобальным распространением вируса Covid 19.

Инструментом для реализации ДО является существующий в ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО электронный ресурс «Информационно-образовательная среда».

Задачами ДО в условиях режима повышенной готовности для нас являлись: расширение возможностей предоставления необходимого объема практических и теоретических знаний, самостоятельной проверки и закрепления полученных знаний, а также усиление заинтересованности обучающихся в образовательном процессе и обеспечение сохранения здоровья обучаемых в условиях глобального распространения вируса Covid 19.

Ветров С.Ф., Ващенко А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рядом нормативных правовых и локальных нормативных актов по организации и методическому обеспечению учебного процесса, дистанционное обучение (ДО) в вузах определено как технология обучения.

Целью ДО согласно «Положения о средствах электронного обучения в ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО» от 01.09.2017 г. является предоставление образовательных услуг для усвоения теоретических основ и приобретение умений, которые возможно освоить дистанционно, путем применения в обучении современных информационно-коммуникационных технологий.

В литературных источниках подробно описаны результаты исследований проблемы теории и методики самостоятельной работы обучаемых, как важной слагающей профессиональной подготовки.

В 2020 учебном году ДО посредством Интернета приобрело особую актуальность в связи с глобальным распространением вируса Covid 19.

В связи с этим все очные занятия, включая лекционные, практические и лабораторные перенесены в университетскую он-лайн среду.

Преимуществами ДО в условиях распространения новой коронавирусной инфекции являются

ся – эпидемиологическая безопасность для обучаемого, расширение мест, времени и условий обучения, которые могут быть выбраны каждым обучаемым индивидуально.

Инструментом для реализации ДО является существующий в ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО электронный ресурс «Информационно-образовательная среда» (ИОС).

Ресурсы ИОС представлены теоретическими материалами для изучения в виде файлов, либо в виде ссылок на внешние сайты, методическими рекомендациями и пособиями, разработанными сотрудниками кафедры, интерактивными лекци-

ями и лекциями-презентациями соответствующими тематическому плану и теме занятия.

Особое внимание обращается на перечень основных теоретических и практических вопросов, а также рекомендуемую литературу по теме занятия.

Преимуществами ДО в условиях распространения новой коронавирусной инфекции являются – эпидемиологическая безопасность для обучаемого, расширение мест, времени и условий обучения, которые могут быть выбраны каждым обучаемым индивидуально.

Ветров С.Ф., Алиев А.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк,
Министерство транспорта Донецкой Народной Республики

МЕДИЦИНА ТРУДА ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.

Проблемы медицины труда в Донецкой Народной Республике (далее – ДНР), как и в любом цивилизованном государстве, должны входить в разряд приоритетных, поскольку здоровье работающего населения определяет уровень экономического развития страны и благосостояния граждан.

В мире ежегодно получают травмы и заболевают в связи с неблагоприятными условиями труда более 160 млн. человек, из них свыше миллиона погибает на производстве. По экспертным оценкам, потери общества от одного несчастного случая со смертельным или тяжелым исходом оцениваются суммой, приблизительно равной 75 тыс. дол. США [1,2].

Необходимость развития и формирования системы медицины труда в ДНР связана с решением задач укрепления экономики, основанных в первую очередь на сохранении и развитии производительных сил, повышении эффективности производства промышленного региона.

Значимой социальной проблемой в условиях промышленного региона остается проблема возникновения и развития профессиональных и профессионально-обусловленных заболеваний.

На промышленных предприятиях и в аграрном секторе ежегодно регистрируются случаи производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, сопровождающиеся стойкой утратой трудоспособности и инвалидизацией работников. Наибольшее число случаев профессиональных заболеваний выявляется среди работников предприятий как угольной промышленности, так и транспортной отрасли [3].

В Республике с 2015 года нормативными правовыми актами закреплена государственная забота о здоровье граждан, которая нашла свое отражение в Конституции ДНР, Законах ДНР «Об охране труда», «О здравоохранении», «Об обязательном государственном социальном страховании от несчастного случая на производстве и профессионального заболевания».

Для разработки действующей модели медицины труда на наш взгляд целесообразно выполнить организационные мероприятия на уровне заинтересованных министерств и ведомств. Мероприятия должны обеспечить поэтапный переход к обеспечению здоровых и безопасных условий труда, формированию системы охраны здоровья и медицины труда, адаптированных к организационно-правовым формам субъектов хозяйствования всех форм собственности Республики, с учётом действующей структуры производств.

Для обеспечения единого системного подхода к сохранению здоровья работающего населения ДНР считаем целесообразным разработку Республиканской программы развития медицины труда с учетом положительного опыта Российской Федерации, а также возможности применения стандартов Российской Федерации в условиях продолжающихся интеграционных процессов в правовое поле России при проведении диагностики, лечения, профилактики и реабилитации профессиональных и профессионально-обусловленных заболеваний.

Литература.

1. Измеров Н.Ф. Концепция долгосрочного

социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года («стратегия 2020») и сохранение здоровья работающего населения России // Медицина труда и промышленная экология. -2012, № 3. – С. 1-9.

2. Стратегия развития Донецкой области на период до 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: [http:// donoda.gov.ua/?lang=ru&sec=03.04&iface](http://donoda.gov.ua/?lang=ru&sec=03.04&iface)

Вильдгрубе С.А., Крамаренко Е.В., Фирсова Г.М.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ

Актуальность. Доминирующими в структуре заболеваемости являются так называемые болезни адаптации или психосоматические заболевания, в этиологии которых не последнюю роль играют факторы психологического и социально-психологического характера. Расстройства с течением времени складываются в патологическую, психосоматическую, функциональную многоуровневую систему с различными составляющими: физиологическими, психологическими, патопсихологическими, социальными – структурный аттрактор болезни (САБ). Поэтому перспективным направлением ранней диагностики таких состояний является психологическая диагностика нарушений адаптации. Элементами структурного аттрактора болезни как функциональной системы, реагирующей на средовые влияния, являются биологический, социальный и психологический компоненты.

Цель исследования: изучение психологического компонента структурного аттрактора болезни подростков с сердечно сосудистыми заболеваниями. Объектом исследования выступает структурный аттрактор болезни. Предметом исследования является психологический компонент структурного аттрактора болезни подростков с сердечно сосудистыми заболеваниями. Гипотеза: составляющие психологического компонента структурного аттрактора болезни у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями не связаны между собой. Методы исследования. Для проверки предложенной гипотезы и решения выдвинутых задач использовался комплекс методов. Психодиагностические: Личностный опросник Мини-Мульт; Методика диагностики личностных факторов темперамента и характера (5PFQ); Самооценочный тест «Характеристики эмоциональности» (Е.П. Ильин); Методика диагностики типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды В.В.

= Public&cmd=view&args=id:22709

3. Ветров С.Ф., Шапран С. И. Анализ и перспективы сохранения профессионального здоровья шахтеров Донбасса//Сб. тез. докл. II регион. НПК «Современные проблемы гуманитарных, естественных и технических наук»/ГО ВПО Дон НУЭТ.- Донецк, 2016. – С.94.

Бойко; Методика Индекс жизненного стиля (Life Style Index LSI);Тест для диагностики механизмов психологической защиты; Индикатор копинг-стратегий (Д. Амирхан); Метод математической статистики: коэффициент линейной корреляции Пирсона. Эмпирическую базу исследования составили 30 подростков отделения детской кардиохирургии ИНВХ в возрасте от 11 до 16 лет.

Выводы: Психологический компонент структурного аттрактора болезни составляют: особенности личностных черт, эмоциональная сфера, механизмы защиты и копингов. Подростковый возраст является наиболее уязвимым во всех отношениях, в том числе и в отношении заболеваний. И для того, чтобы структурный аттрактор болезни не был «активирован», психопрофилактические и психокоррекционные меры должны быть направлены на психологический компонент структурного аттрактора болезни.

Личностные черты, эмоциональная сфера, механизмы защиты и копинги как составляющие психологического компонента структурного аттрактора болезни у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями взаимосвязаны между собой, что говорит об отсутствии активации в структуре психологического аттрактора болезни и не ведет к формированию нарушений «нормы адаптации» у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так как нами были исследованы дети подросткового возраста, и их показатели эмоциональной и личностной сферы, а также механизмов защиты и копингов, представляющих собой совокупность психологического компонента структурного аттрактора болезни, находятся в пределах крайней границы нормы, то мы можем предположить, что данная группа подростков находится в «группе риска», и поэтому проведение психопрофилактических мероприятий остается актуальным.

Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К. Гусака

САМООТНОШЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ПОСТРАДАВШИХ ОТ ТЕРМИЧЕСКИХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ТЕХНОГЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ

Актуальность. Термические поражения являются достаточно распространенными видами травм (2,1 человека на 1000 населения). Пациенты с поражениями такого типа длительное время находятся на стационарном лечении, проходят долгий путь реабилитации и восстановления. Сильные ожоги даже через десятилетия напоминают о себе шрамами и увечьями, что оказывает на пострадавших ретравматизирующий эффект. Под влиянием изменений внешнего облика человека меняется физический компонент его Я-концепции, что, в свою очередь, влияет на самооотношение личности. Самоотношение личности является базовой психологической категорией, через которую возможно найти ключ к алгоритму психологической помощи пострадавшим с термическими и комбинированными техногенными поражениями.

Целью нашего исследования выступает изучение самооотношения личности пострадавших от термических и комбинированных техногенных поражений. Объектом данного исследования является самооотношение личности. Предметом – самооотношение личности пострадавших от термических и комбинированных техногенных поражений. В ходе исследования нами были выдвинуты следующие гипотезы: самооотношение личности пострадавших от термических и комбинированных техногенных поражений связано с адекватностью восприятия их реального физического «Я» и субъективной оценкой своего состояния; особенности самооотношения личности у пострадавших с разной степенью тяжести поражений и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) будут различаться. В данной работе были использованы следующие методы: Теоретический анализ, обобщение и систематизация научных знаний. Эмпирические методы: анкетирование, беседа, методика SF-36 «Краткая форма оценки здоровья»; методика исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Булман в адаптации М.А. Падун, А.В. Котель-

никовой; опросник VIQLI «Влияние образа тела на качество жизни» Т. Кэша в адаптации Л.Т. Баранской, А.Е. Ткаченко, С.С. Татауровой; шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом О.А. Скугаревского; Миссисипская шкала для оценки ПТСР (гражданский вариант) в адаптации Н.В. Тарабриной; тест – опросник самооотношения С.Р. Пантелеева (МИС) Статистические методы обработки данных: корреляционный анализ, U критерий Манна-Уитни, χ^2 Пирсона. Эмпирическую базу исследования составили 46 человек, из них 18 женщин и 28 мужчин в возрасте 16-58 лет.

Выводы. В результате исследования была выявлена следующая зависимость: чем больше степень физического повреждения наблюдалась у пострадавшего, тем более выраженным было его ПТСР. Существует обратная значимая связь между выраженностью симптомов ПТСР и показателями состояния здоровья пострадавших от термических поражений. У пациентов с выраженными симптомами ПТСР было зафиксировано негативное влияние Образа тела на качество жизни, а также низкий уровень удовлетворенности собственным телом. Показатели особенностей самооотношения: самоуверенность, саморуководство, отраженное самооотношение, самооценочность и самопринятие значимо ниже, чем у пострадавших с отсутствием ПТСР. А показатели внутренней конфликтности и самообвинения – значимо выше. У пострадавших с более высокой тяжестью поражения показатели самоуверенности, саморуководства, отраженного самооотношения, самопринятия значимо ниже, чем у испытуемых, с более низкой тяжестью термического или комбинированного поражения. Показатели самообвинения значимо выше, убеждение о ценности собственного Образа Я и контроле собственной жизни значимо ниже, чем у испытуемых, с более низкой тяжестью термического или комбинированного поражения.

Вишняков Н. И., Емельянов А. О., Догот Р. А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

О ФОРМИРОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В КРУПНОМ ГОРОДЕ.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» первичная общеврачебная медико-санитарная помощь может оказываться как участковыми терапевтами, так и врачами общей практики. Приказом Министерства здравоохранения от 27.02.2016 г. № 132н определены требования к размещению медицинских учреждений с учетом условий, видов, форм оказания медицинской помощи и рекомендуемой численности обслуживаемого населения. При численности населения от двух до десяти тысяч населения оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи целесообразно осуществлять в амбулаториях или центрах (отделениях) общей врачебной практики (семейной) медицины. При численности обслуживаемого населения от 20 до 50 тысяч оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению должно осуществляться в поликлиниках.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3.12.2019 г. № 984н «О внесении изменений в Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н», поликлиники для взрослого населения предлагается разделить на три группы. В первую группу включены поликлиники с численностью населения менее 30 тыс. человек, во вторую – с численностью населения от 30 до 50 тыс. человек и, наконец, в третью группу включены поликлиники с чис-

ленностью обслуживаемого населения свыше 50 тыс. человек. По мере увеличения численности прикрепленного взрослого населения увеличивается и уровень специализации поликлиники.

Вместе с тем, при сохранении городских поликлиник как основной модели организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в крупном городе в некоторых случаях целесообразно развертывание отделений общей врачебной практики. Такие подразделения необходимы: в муниципальных образованиях с небольшой численностью населения, удаленных от основной части района и крупных поликлиник; в муниципальных образованиях центральных районов с убывающей численностью населения; в крупных районах города с активной жилищной застройкой в качестве временной модели оказания первой врачебной медико-санитарной помощи до ввода в эксплуатацию поликлиник.

К началу 2020 года в поликлиниках Санкт-Петербурга было предусмотрено 638 штатных должностей врачей общей практики и 2150 штатных должностей врачей-терапевтов участковых (соотношение 1:3,37). Укомплектованность штатных должностей физическими лицами составила у врачей общей практики 72,1%, а у участковых терапевтов – 76,9%. Дефицит физических лиц составил суммарно 764 врачей (в том числе 178 врачей общей практики и 496 врачей-терапевтов участковых). Отделения (кабинеты) врачей общей практики являются структурными подразделениями поликлиник, что позволяет обеспечивать оказание не только первичной общеврачебной, но и первичной специализированной медицинской помощи населению.

Вознюк И.А., Кашаева Э.Р., Тархов Д.Ю., Тетерина О.А.

Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

ПРОБЛЕМЫ ДИСФАГИИ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Одним из тяжелейших осложнений в неврологической практике, таких как Острое нарушение кровообращения, черепно-мозговые травмы, энцефалиты, является дисфагия.

Под дисфагией мы понимаем расстройство функции глотания, при котором невозможно обеспечить пациенту адекватную (состоянию и уровню сознания) нутриционную поддержку, а также водно-солевой баланс, что однозначно препятствует восстановлению жизненно важных функций пациента, а следовательно и выздоровлению.

Дисфагия часто является причиной аспирации и как следствие, пневмонии, которая ведет к отягощению реабилитационного потенциала больного и его жизненного прогноза.

Согласно единому протоколу ведения пациентов с ОНМК профилактика и лечение дисфагии является основой нутритивно-метаболической терапии (НМТ), включающей энтеральный путь регидратации

Согласно статистическим данным нашего сосудистого центра, около 17% пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения имеют такое осложнение, как дисфагия, это пациенты с нарушением уровня сознания, а также инсультами в вертебробазиллярном бассейне.

При оценке NIHSS уровень состояния пациента оценивается в среднем более чем 12 баллов.

Оценка функции глотания (скрининговое тестирование) проводится при поступлении пациента в приемное отделение с последующим наблюдением в палате интенсивной терапии, а также в пределах неврологического отделения. Обеспечение нутриционной поддержки осу-

ществляется с помощью назогастрального зонда, который решает проблему дисфагии в течении 3 недель, в среднем пациенты нашего центра получают зондовое питание 13-17 дней. Одновременно с этим, осуществляется контроль функции глотания, в ходе которого исследуется возможность перехода пациента к естественному виду питания. При стойком нарушении уровня сознания, устойчивой дисфагии, рекомендуется постановка чрескожных эндоскопических гастростомий, что составляет около 5.3% от всего количества дисфагий (4 неделя от начала заболевания)

Нельзя сказать, что постановка гастростомы является простым решением для обеспечения нутриционной поддержки, так как требуется контроль и соблюдение рекомендаций хирурга и гастроэнтеролога.

В 90% случаев гастростомы устанавливаются постоянно, но существует возможность восстановления функции глотания с помощью различного рода загустителей, с последующим переходом на щадящий стол и удалением гастростомы. Все эти мероприятия осуществляются в тесном контакте пациент – родственники – врач – средний медицинский персонал.

Из вышесказанного следует сделать вывод, что нарушение функции глотания ведет не только к медленному восстановлению пациентов, но также к угрозе развития таких осложнений, как аспирация, воспалительным процессам дыхательных путей, эрозивным изменениям пищевода (при длительной постановке назогастрального зонда). Все это неизменно увеличивает срок пребывания пациента в стационаре.

Волошин Р.Н., Снитко А.В.

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава РФ

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

В настоящее время общепризнана генетическая основа атопического дерматита, на которую влияют факторы окружающей среды с измене-

ниями в иммунологическом ответе Т-клеток, процессинг антигенов, воспалительные цитокины, защитные белки организма, чувствитель-

ность к аллергенам и инфекциям.

Инновационным решением, расширяющим применение гипоксической терапии (ГТ), является разработка нормобарических гипоксических комплексов (НГК). Эффективным и безопасным вариантом ГТ с использованием НГК является периодическая нормобарическая гипоксическая терапия (ПНГТ), которую предлагается использовать для лечения атопического дерматита.

Важной является оценка эффективности ПНГТ, уточнение механизма ее действия на нарушения функций эпидермального барьера, показатели микроциркуляции в коже, вариабельности сердечного ритма, эритроцитарного звена циркулирующей крови, гуморального иммунитета, про- и антиоксидантной активности кро-

ви, качества жизни и психосоциального статуса больных и коррекции выявленных нарушений.

Разработан, клинко-лабораторно-функционально обоснован и внедрен эффективный комплексный метод лечения больных атопическим дерматитом, включающий, наряду с традиционным лечением, ПНГТ.

Показано, что ПНГТ способствует нормализации клинических и лабораторно-функциональных нарушений эпидермального барьера и микроциркуляции в коже, вариабельности сердечного ритма, эритроцитарного звена циркулирующей крови, гуморального иммунитета, про- и антиоксидантной активности, качества жизни и психосоциального статуса больных атопическим дерматитом.

Волошинова Е.В., Витренко Д.Д.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского Минздрава РФ, г. Саратов

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ: НЕ ТОЛЬКО МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА

Лимфомы – группа неопластических заболеваний, развившихся в результате опухолевой трансформации зрелых В-, Т-, НК-клеток или лимфоцитов, первично формирующих злокачественные солидные новообразования лимфатической системы с вторичным вовлечением в опухолевый процесс костного мозга и других органов и систем. Выделяют несколько вариантов повреждения почек при лимфобластных лейкозах, в том числе непосредственное действие опухоли или ее метастазов; последствия и осложнения химио- и другой лекарственной терапии. Хорошо известен механизм почечного поражения при парапротеинемических гемобластозах, в частности cast-нефропатия при множественной миеломе (ММ). При лимфомах описываются различные варианты поражения почек: мембранопротрофирующий гломеруло-нефрит (ГН), экстракапиллярный ГН, болезнь минимальных изменений, внутригломерулярная крупная В-клеточная лимфома, внутрикапиллярные моноклональные отложения IgM, лимфоидная инфильтрация почки. В литературе описаны единичные случаи коллабирующей гломерулопатии при НК/Т-клеточных лейкозах.

НК/Т-клеточная лимфома – редкое лимфо-пролиферативное заболевание с агрессивным течением и низкой эффективностью стандартной химиотерапии.

В нефрологическое отделение Областной клинической больницы (г. Саратов) в сентябре

2019 г. поступила пациентка М., 62 лет в связи с гиперазотемией. Жалобы на боли в области спины, ребер, тошноту, рвоту, повышение артериального давления (АД). Три месяца назад отметила снижение трудоспособности, вскоре присоединились боли в области поясницы, ребер, тошнота, снижение массы тела, повышение АД, появление гематом на коже туловища, повышение температуры тела. Амбулаторно назначена базисная антигипертензивная терапия; обследование не проводилось. В августе госпитализирована в районную больницу в связи с анурией: креатинин крови 1493 мкмоль/л, лейкоцитоз 42×10^9 /л, тромбоцитопения 48×10^9 /л, анемия. В ОКБ по экстренным показаниям начаты процедуры острого гемодиализа. При поступлении состояние тяжелое, кожа бледная, множественные подкожные гематомы различного срока давности и размеров, отеки лица и нижних конечностей; нарастание лейкоцитоза до $102,8 \times 10^9$ /л, протеинурия 8,2 г/сутки. Рентгенография плоских костей: множественные очаги деструкции костей таза, проксимальных отделов бедренных и плечевых костей, ребер, ключиц, лопаток, черепа. По результатам стерильной пункции и иммунофенотипирования лимфоцитов диагностирован НК-Т-клеточный лейкоз/лимфома. Начата редуцированная химиотерапия дексаметазоном. Через неделю при явлениях нарастающей гипотонии наступила смерть. Аутопсия не проводилась.

В представленном клиническом наблюдении диагноз гемобластоза – НК-Т-клеточного лейкоза/лимфомы – впервые был установлен при обследовании по поводу поражения почек. Острое почечное повреждение (ОПП) при лимфобластных лейкозах имеет различные механизмы. В клинической практике чаще всего встречается ОПП как результат внутриканальцевой обструкции легкими цепями иммуноглобулинов при ММ. Описаны случаи ОПП при неходжкинской лимфоме в результате лимфоидная инфильтрация интерстиция. Верификация меха-

низма почечного поражения с развитием ОПП в представленном наблюдении возможна только при проведении морфологического исследования нефробиоптата. Лимфобластные лейкозы с поражением почек характеризуются серьезным прогнозом как для жизни, так и для состояния функции почек. Выживаемость больных и почечная выживаемость при лимфобластных лейкозах целиком зависят от возможно более раннего начала таргетной терапии, для которой необходима своевременная установка диагноза.

Волошинова Е.В., Коваленко О.К., Немоляева Е.К.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО СТЕРОИДОРЕЗИСТЕНТНОГО ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОГО СКЛЕРОЗА У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ

Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС) – форма гломерулопатии, которая является частой причиной первичного нефротического синдрома (НС) у взрослых.

Пациентка Е., 24 лет: в возрасте 20 лет перенесла острую респираторную вирусную инфекцию, после чего впервые появились отеки нижних конечностей, лица, уменьшилось количество выделяемой мочи.

При госпитализации выявлен развернутый нефротический синдром: общий белок крови 42 г/л, альбумин 23 г/л, протеинурия 4,3 г/сутки; микрогематурия, азотемия (мочевина крови 6,8 ммоль/л, креатинин 139 мкмоль/л). Отмечено снижение диуреза до 700 мл/сутки, выраженный отечный синдром (полостные отеки). Предварительный диагноз: хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения.

В Национальном центре клинической морфологической диагностики (г. Санкт-Петербург) проведена диагностическая нефробиопсия. Заключение: ФСГС, 24% клубочков полностью склерозированы (морфологический вариант «tip lesion»). Проведено лечение сверхвысокими дозами метилпреднизолона (суммарно 4,0 г), назначен преднизолон (П.) внутрь 60 мг/сутки сроком на 6 мес.

Через 2 мес. с учетом нарастания нефротического синдрома и отсутствия эффекта от монотерапии П. констатирован стероидрезистентный НС, к лечению добавлен Циклофосфамид (ЦФА), суммарно 4,0 г. Повторно выполнялись трансфузии свежезамороженной плазмы, изолированная ультрафильтрация. Эффекта от прове-

денной терапии не отмечалось, с учетом морфологического варианта нефропатии («tip-lesion») проведена конверсия с ЦФА на циклоспорин 150 мг/сут., затем на мопетила микофенолат. Однако через 1,5 года лечения сохранялся тяжелый НС, выросла азотемия. С целью решения вопроса о целесообразности продолжения активной терапии проведена повторная нефробиопсия: ФСГС. 63% клубочков полностью склерозированы.

Через два года от дебюта НС при уровне креатинина 475 мкмоль/л отменена вся активная иммуносупрессивная (ИС) терапия и начата заместительная почечная терапия методом программного гемодиализа.

Через 1,5 года выполнена трансплантация кадаверной почки без технических и ранних послеоперационных осложнений, функция трансплантата отсроченная. В связи с высоким уровнем креатинина (до 364 мкмоль/л) и склонностью к гипергидратации проведена диагностическая нефробиопсия – криз отторжения исключен морфологически.

Через 9 мес. после трансплантации выявлено повышение уровня креатинина до 135 мкмоль/л, рецидивы пиелонефрита трансплантата вследствие пузырно-мочеточникового рефлюкса. Проведена эндоскопическая антирефлюксная операция (подслизистая имплантация объемобразующего препарата в устье мочеточника) в ФГБУ НМИЦ ТИО им. академика В.И. Шумакова.

Данное наблюдение демонстрирует все типичные проявления ФСГС: тяжелый стероидрезистентный НС, отечный синдром, быстрая

потеря почечной функции. Морфологический вариант ФСГС *tip lesion* не обязательно имеет благоприятное течение, аналогичное МИ, как принято считать. После нефротрансплантации отечный синдром сохранялся, что могло быть связано с продолжающейся продукцией факторов проницаемости. При неэффективности

традиционных схем ИС терапии при ФСГС необходимо рассмотреть альтернативные методики, в частности использование ингибиторов кальциейрина (циклоsporина, такролимуса) в комбинации с ритуксимабом и плазмаферезом, успешность чего продемонстрирована в последнее время.

Волошинова Е.В., Сафарова К.Н., Новак А.С.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского», г. Саратов, Россия

ИСТИННАЯ ПОЛИЦИТЕМИЯ. ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ЗА ПОЛИМОРБИДНОСТЬЮ?

Истинная полицитемия (эритремия, болезнь Вакеза) – хронический гемобластоз, клинически сопровождающийся развитием плеторического и миелопролиферативного синдромов. Патогенез заболевания обусловлен точечной мутацией гена тирозинкиназы JAK2V617F с последующим развитием неограниченной пролиферации всех ростков миелопоэза и формированием панцитоза в периферической крови. Является редкой формой клонального миелопролиферативного заболевания. Актуальность обусловлена высоким риском развития тромботических и геморрагических осложнений.

Пациент Л., 59 лет госпитализирован в ревматологическое отделение Областной клинической больницы (ОКБ, г. Саратов) в октябре 2019 г. с жалобами на слабость в ногах, сонливость, шаткость походки, головокружение, кожный зуд после водных процедур, наличие отеков ног, геморрагических высыпаний на коже нижних конечностей, местами с образованием язвочек, жжение в стопах, голенях до уровня нижней трети голени. В феврале 2018 года отметил утяжеление артериальной гипертензии с максимальным подъемом цифр артериального давления до 170 и 100 мм рт.ст., выявлена протеинурия более 3,0 г/сут повышение креатинина. Наблюдался у нефролога с диагнозом: Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ХБП стадия С3. В октябре 2018 года визит-контроль, лабораторно: гемоглобин 149 г/л, тромбоциты 583×10^9 /л, лейкоциты $27,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы до 17%, мочевого к-та 509 мкмоль/л. Консультирован в Клинике профпатологии и гематологии им. В.Я.Шустова, установлен диагноз: Хроническое миелопролиферативное заболевание. Так же в октябре 2018, в связи с развитием артрита I плюснефалангового сустава справа, консультирован ревматологом, установлен диагноз: Подагра. Подагрический артрит. В сентябре 2019 года отметил появление обильных геморрагических высыпаний на коже голени,

склонных к слиянию в области тыла стоп, с образованием пузырей до 1 см, боли и припухание голеностопных суставов. Повторно консультирован ревматологом, диагноз: Геморрагический васкулит, кожная форма. В связи с усилением болей и припуханием голеностопных суставов, отеками ног, слабостью в ногах, сохранением единичных высыпаний на голенях с изъязвлениями госпитализирован в ревматологическое отделение ОКБ. При объективном осмотре отмечались характерные проявления истинной полицитемии: положительный симптом Купермана, гиперемия конъюнктивы, эритромелалгия. При лабораторном исследовании выявлено: панцитоз в периферической крови, в биохимическом анализе крови креатинин 199 мкмоль/л, мочевого кислоты 621 мкмоль/л, изменения в коагулограмме, положительные АТ к фосфатидилсерину, к бета2-гликопротеину IgA/M/G в крови. Маркеры аутоиммунных заболеваний отрицательные. Решение консилиума врачей ревматологов и нефрологов: учитывая данные анамнеза, имеется несомненная патогенетическая связь между заболеванием крови и поражением почек. Характер нефропатии клинически установить затруднительно, может быть установлен при морфологическом исследовании почечного биоптата. Убедительных данных за системный васкулит, как системное заболевание у пациента нет.

Особенностями данного клинического наблюдения является появление симптомов поражения почек в дебюте гематологического заболевания. Представлены трудности диагностики нефропатии в рамках гематологического заболевания, обусловленные в том числе его редкой встречаемостью. Продемонстрирована необходимость исключения вторичного генеза нефропатии у пациентов с почечной патологией. Редкие болезни с поражением почек еще более редки, чем «просто» редкие болезни. Диагностика редких болезней требует от нефролога знаний далеко выходящих за пределы собственно болезней почек.

Вустенко В.В., Глушич С.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ВИТАМИНОВ D И E В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА: АНКЕТИРОВАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ

Актуальность. В настоящее время мир охвачен пандемией коронавирусного заболевания (COVID-19), вызванной вирусом SARS-CoV-2, который влияет на иммунную систему, провоцируя системный воспалительный ответ или синдром высвобождения цитокинов («цитокиновый шторм»). В настоящее время нет утвержденных методов лечения COVID-19, но стратегии профилактики, такие как физическое дистанцирование, соблюдение правил гигиены и ношение масок для лица, являются лучшими текущими подходами к уменьшению количества случаев COVID-19. Данные исследований 2020 года Jian-Sheng Kang, P. Calder, H. Shakoор et al., H. Gunes et al., S. Akhtar et al. показали, что пищевые добавки могут играть поддерживающую роль у пациентов с COVID-19, усиливая их иммунные реакции. В частности, введение более высоких доз витаминов D и E может иметь положительный эффект, потенциально снижая вирусную нагрузку SARS-CoV-2, ингибируя экспрессию провоспалительных генов. Дефицит витаминов и микроэлементов является проблемой XXI века, которая затрагивает преобладающую часть общей популяции. Большинство людей, проживающих выше 35 градусов северной широты, имеет дефицит витамина D (кальциферола). Расположение Донецка в северной широте 38 параллели, где из-за более острого угла падения солнечных лучей и их рассеивания в атмосфере кожа практически не синтезирует витамин D, уровень инсоляции недостаточен, а пища обеднена кальциферолом. Среди подрастающего населения особенно велика роль витамина E (токоферола). Современная молодёжь стремится к «правильному», низкокалорийному питанию, как правило, в сочетании с усиленными занятиями в спортивных залах, которые постепенно истощают запасы жировой ткани, провоцируют возникновение заболеваний, связанных с гиповитаминозом E, не задумываясь о последствиях. Таким образом, знания о роли витаминов в профилактике вирусно-инфекционных заболеваний, а также предупреждении обострений и осложнений хронических соматических заболеваний в условиях пандемии COVID-19 особенно актуальны.

Цель. Провести анкетирование школьников для оценивания базовых знаний о роли вита-

минов D и E в организме человека, разработать меры для профилактики недостаточности витаминов среди школьников.

Материалы и методы. Проведено анкетирование учащихся 9-11 классов общеобразовательных школ г. Донецка. Всего на вопросы ответили 169 учеников в возрасте от 13 до 16 лет (54% девочки, 46% мальчики, $p < 0,05$). Вопросы, вошедшие в анкету, составлялись с учётом наиболее важных, на наш взгляд, аспектов роли витамина D и E. Участие в анкетировании было добровольным, результаты оценивались анонимно.

Результаты и обсуждение. При анализе ответов на вопросы относительно основных функций витамина D только 81 (48%) ученик ответил правильно о его роли в регуляции фосфорно-кальциевого обмена. Проанализировав ответы, посвященные внекостным функциям кальциферола, было установлено: 55 (19%) школьников предположили о влиянии на гемостаз, а 33 (19%) – сочли, что он сокращает длительность заболеваний. В нашем опросе о роли витамина E лишь 68 (40%) учеников дали правильные ответы, касающиеся его антиоксидантного действия, о его влиянии на систему гемостаза осведомлены 70 (41%) учащихся. Всего 62 (36%) ученика знают, какие продукты имеют максимальное содержание витамина D: жирные сорта рыбы, жир печени трески и тунца, грибы, желток, сливочное масло, сыр. Только 85 (50%) учеников осведомлены, что регулярные и длительные прогулки на солнце способствуют образованию витамина D. Далеко не все ученики (61%) смогли выбрать из предложенных вариантов ответов, продукты с наибольшим содержанием витамина E: растительные масла, животные жиры, орехи, рыба, овощи и фрукты.

Выводы. Анкетирование 169 школьников не показало наличие достаточных базовых знаний о роли витаминов D и E. Вопросы о продуктах с наибольшим содержанием кальциферола и токоферола вызвали затруднения, что может свидетельствовать о неправильном рационе питания. Меры профилактики: диета, обогащенная витаминами, прием витамина D (800-2000 МЕ в сутки) и E (50-200 мг в сутки), информирование о необходимости соблюдения данных мероприятий и последствиях гиповитаминоза.

Выхованец Т.А., Я.Б. Аль Каравани Талейб, Тетерюкова Е.Д., Молокова А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСК-ФАКТОРОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Качество подготовки молодых специалистов медицинской отрасли во многом зависит от их состояния здоровья. Рост заболеваемости среди студентов обусловлен воздействием на организм целого ряда неблагоприятных факторов, таких как повышенные информационные нагрузки, нерациональный режим дня, несбалансированное питание, гипокинезия, вредные привычки. В связи с этим актуальной является задача гигиенического воспитания и обучения студентов правилам здорового образа жизни (правильное питание, занятия физической культурой, отказ от вредных привычек и т.д.).

В настоящее время при оценке состояния здоровья организма используются методы, в основе которых лежит изучение показателей, характеризующих состояние отдельных органов и систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, иммунной и др.). Однако при этом не всегда учитываются качественные и количественные показатели образа жизни (питание, физическая активность, вредные привычки), что не позволяет в полной мере провести комплексную оценку состояния здоровья организма. В современных условиях обучения важным является сохранение и укрепление здоровья учащихся.

Исследования проводились на базе нутрициологической лаборатории кафедры гигиены и экологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. В исследованиях приняли участие 120 студентов 1-6 курсов медицинского ВУЗа (80 женщин и 40 мужчин). Анализ пищевого статуса показал наличие признаков моно- и полинутриентной недостаточности (А, С, В2В6РР-гиповитаминозы). Отклонения в энергетическом статусе отмечаются более чем у 50% обследованных студентов. Причем, если признаки гипотрофии выявлены у студентов 1-го курса, то признаки гипертрофии характерны для шестикурсников. Если на первых курсах только у 20% студентов имеются хронические заболевания желудочно-кишечного

тракта, то более чем 70% шестикурсников отмечают нарушения в работе пищеварительного тракта (метеоризм, запоры и др.).

При изучении распространения вредных привычек среди студентов установлено, что если процент курящих (табакокурение, кальяны) на 1-м курсе составил 18%, то к 6-му курсу он увеличился до 50%. Настораживает тот факт, что больше половины из тех, кто курит – женщины. Известно, что табакокурение среди женщин – это один из риск-факторов здоровья будущего потомства.

Вызывает тревогу и популярность употребления алкогольных и слабоалкогольных напитков среди молодежи. Данные анкетирования показали, что алкогольные напитки регулярно употребляют более 11% студентов 1-го курса (из них почти 63% – женщины). На шестом курсе количество регулярно употребляющих алкоголь студентов составляет 54% (из них 57% – женщины).

Таким образом, перечисленные показатели могут стать существенными риск-факторами в состоянии здоровья студентов, что будет отрицательно влиять на качество успеваемости, а также полноценное формирование личности и готовность к дальнейшей профессиональной деятельности. Для этого необходимо создать соответствующие условия в доступной форме для реализации студентами своих потенциальных возможностей (оборудование тренажерных и фитнес-залов, уютных столовых и буфетов, выпуск достаточного количества наглядной агитации по здоровому образу жизни, наружной рекламы в виде билл-бордов и т.д.). Только такой комплексный подход позволит повысить мотивацию и привлечь студентов к соблюдению здорового образа жизни, сохранить и укрепить состояние здоровья, подготовить будущих специалистов к своей профессиональной деятельности на достаточно высоком уровне.

Выхованец Т.А., Выхованец Н.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ – ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Одной из важнейших задач санитарно-эпидемиологической службы является гигиеническое обучение и воспитание населения, которое подразумевает комплекс мероприятий, направленных на повышение информированности населения по вопросам охраны здоровья, формирование общей гигиенической культуры, закрепление гигиенических навыков. Для этого необходима профессиональная гигиеническая подготовка будущих врачей в области профилактической медицины, главной целью которой является формирование у населения здорового образа жизни, что способствует укреплению и сохранению здоровья, повышению продолжительности и качества жизни.

В основу данной подготовки должны быть положены основные принципы, такие как государственный характер, плановость, массовость, общедоступность и целенаправленность, научность, дифференцированность, оптимистичность, участие всех медицинских работников и других организаций и населения, наличие специальных органов и учреждений гигиенического обучения и воспитания.

В настоящее время в ряде стран на государственном уровне разработаны и успешно реализуются комплексные программы «Активное долголетие» «Здоровый образ жизни – здоровье будущих поколений» и др. Эти программы охватывают все слои населения – и детей, и взрослых, т.е. носят массовый характер. Например, в Российской Федерации на сегодняшний день почти 40% населения занимаются спортом и сейчас поставлена задача, в ближайшие годы, увеличить этот показатель до 70%. Понятно, что для достижения поставленной задачи спорт необходимо сделать, прежде всего, доступным. И здесь важную роль может сыграть волонтерское движение (организация и проведение занятий по физической культуре для лиц преклонного возраста во дворах многоквартирных домов, танцевальные кружки для различных возрастных групп и т.д.), оборудование в жилых кварталах

спортивных площадок и т.д. Движение к поставленной цели подтверждается и такими данными, что за последние десять лет продолжительность у россиян увеличилась на 4,5 года. Это говорит о том, что наряду с повышением качества жизни наблюдается и рост санитарной грамотности населения по вопросам здорового образа жизни.

При проведении гигиенического обучения важен и дифференцированный подход к различным возрастным и профессиональным группам. Для этого необходимо охватить все слои населения. Здоровому образу жизни необходимо обучать детей уже в детских дошкольных учебных учреждениях. Но первостепенная роль, несомненно, принадлежит семье. Большую роль при этом могут сыграть специальные занятия с будущими родителями (лекции, вебинары, специальная литература и т.д.). Конечно, все мероприятия, включенные в систему гигиенического обучения населения должны носить научный характер и претворять их в жизнь должны квалифицированные специалисты.

Для этого в свете нового образовательного стандарта, на который переходят высшие медицинские учебные заведения введена дисциплина «Гигиеническое воспитание и обучение» для студентов, обучающихся по специальности «Медико-профилактическое дело». Целью данной дисциплины является формирование гигиенического мышления у будущих специалистов, повышение мотивации к здоровому образу жизни, развитие способности к проведению санитарно-просветительной работы среди населения.

К решению проблемы повышения уровня санитарной грамотности необходимо привлекать не только всех работников медицинских учреждений, но и ряд общественных движений, организаций и т.д. Только такой комплексный подход позволит сформировать и закрепить гигиенические навыки у населения, сохранить и укрепить здоровье.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н., Выхованец Т.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

БИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЯЮЩИХСЯ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

В последние годы изменение климата рассматривается как один из ведущих факторов, оказывающих влияние на здоровье населения. Значительные колебания температуры воздуха и атмосферного давления в течение коротких промежутков времени, особенно в осенне-зимний период года, могут оказывать не только неблагоприятное влияние на функциональное состояние отдельных органов и систем человека, но и приводить к срыву процессов адаптации и возникновению различных заболеваний. Необходимо отметить, что имеющиеся на сегодняшний день данные о влиянии метеоусловий на возникновение заболеваний весьма противоречивы, механизмы влияния метеофакторов на различные системы организма остаются неясными. Известно, что адаптивные физиологические механизмы позволяют большинству людей приспосабливаться без заметных расстройств к любой погоде, и лишь снижение эффективности этих реакций приводит к возникновению различных патологических процессов. Возникает необходимость поиска показателей, на основе которых можно было бы сделать вывод о характере влияния различных факторов окружающей среды на адаптационные возможности организма человека. В качестве таких показателей можно использовать биологический (БВ) и психологический (ПсВ) возраст человека.

Известно, что БВ является фундаментальной характеристикой темпов старения организма. БВ может применяться и в качестве интегрального показателя, отражающего функциональное состояние и адаптационные возможности при изучении воздействия климатических факторов на организм человека. Показатель ПсВ свидетельствует о том на сколько может адаптироваться человек к окружающей среде. Негативное влияние некоторых метеорологических факторов может сказываться на величине этого показателя.

Нами были проведены научные исследования

по оценке влияния метеорологических факторов на показатели БВ и ПсВ человека. Эксперименты проводились на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. МГОРЬКОГО. Всего было обследовано 245 человек, из них 104 мужчины и 141 женщина. Средний возраст обследуемых мужчин составил 50,3 года, а женщин – 47,7 лет. В эту группу вошли лица, у которых отсутствовали острые и хронические заболевания. Все респонденты были проинформированы о целях и задачах тестирования и дали согласие на обработку и публикацию результатов исследований. БВ определяли с использованием прибора «БИОТЕСТ-1М» по методике В.Г. Шахбазова. ПсВ вычисляли с применением теста «Психологический возраст человека». Оценка метеорологических факторов осуществлялась на основе данных Государственной метеорологической службы за 5 лет (форма ТСГ-1).

Показатель БВ в зимний период года составил $55 \pm 3,1$ (95%ДИ:48,7-61,3) лет, в весенний – $50,2 \pm 1,6$ (95%ДИ:47-53,3) лет, в летний – $43,9 \pm 3,1$ (95%ДИ:37,6-50,1) лет, осенний – $56,8 \pm 4,8$ (95%ДИ:47,3-66,4) лет. Таким образом, отмечается достоверное увеличение БВ в осенний период года по сравнению с летним периодом ($p < 0,05$). Такие же закономерности были получены и при оценке ПсВ. Этот показатель в зимний период года составил $57,9 \pm 3,3$ (95%ДИ:51,3-64,4) лет, в весенний – $51,1 \pm 1,7$ (95%ДИ:47,8-54,3) лет, в летний $46,2 \pm 3,3$ (95%ДИ:39,7-52,8) лет, в осенний – $49,6 \pm 5$ (95%ДИ:39,5-59,6) лет. Показатель ПсВ в зимний период года был достоверно выше, чем в летний период ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что изучаемые показатели могут эффективно применяться при оценке влияния метеофакторов на адаптационные возможности организма человека.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н., Выхованец Т.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИЗАДАПТАЦИИ ЧЕЛОВЕКА К МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ В УСЛОВИЯХ ДОНБАССА

Из литературных источников известно, что действие дискомфортных и экстремальных климатогеографических факторов на организм человека может сопровождаться дезадаптивной реакцией организма, проявляющейся в виде нарастающей метеочувствительности, сопровождающейся снижением настроения, возникновением негативных эмоциональных проявлений, повышением или понижением артериального давления, гипертоническими кризами и другими обострениями хронических заболеваний. Важной задачей при этом является своевременное выявление этих нарушений с целью разработки методов коррекции или применения мер индивидуальной профилактики.

Нами были проведены научные исследования по оценке влияния метеорологических факторов на показатели психоэмоционального стресса (ПС) у человека. Исследования были проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО. Всего было обследовано 245 человек, из них 104 мужчины и 141 женщина. Средний возраст обследуемых мужчин составил 50,3 года, а женщин – 47,7 лет. В эту группу вошли лица, у которых отсутствовали острые и хронические заболевания. Все респонденты были проинформированы о целях и задачах тестирования и дали согласие на обработку и публикацию результатов исследований. ПС определяли по стандартной методике. Для оперативной оценки психоэмоционального состояния использовали опросник САН (самочувствие, активность, настроение). Оценка метеорологических факторов осуществлялась на основе данных Государственной метеорологической службы за 5 лет (форма ТСГ-1).

В результате проведенных исследований было установлено, что показатель ПС в зимний период года составил $0,9 \pm 0,6$ (95%ДИ: -0,4-2,1), в весенний – $1,4 \pm 0,3$ (95%ДИ: 0,8-2), в летний – $1,3 \pm 0,6$ (95%ДИ: 1-3,5), в осенний – $1,7 \pm 0,9$ (95%ДИ: -0,2-3,6). Полученные резуль-

таты свидетельствуют о сезонных колебаниях этого показателя. Необходимо обратить внимание на статистически значимое увеличение значений ПС в осенний период по сравнению с другими сезонами года ($p < 0,05$). Это связано с дезадаптационными процессами, происходящими в организме человека при переходе от более благоприятных и комфортных условий проживания в летний период к неблагоприятным условиям в осенний период (снижение температуры воздуха, увеличение влажности и скорости движения воздуха и другими). Выявленные закономерности подтверждаются и результатами, полученными при проведении теста САН. При оценке по шкале «Самочувствие» было установлено, что в зимний период года показатель составил $4,8 \pm 0,3$ (95%ДИ: 4,2-5,3), в весенний – $4,5 \pm 0,1$ (95%ДИ: 4,3-4,8), в летний – $5,1 \pm 0,3$ (95%ДИ: 4,5-5,6), в осенний – $5,2 \pm 0,4$ (95%ДИ: 4,3-6) баллов. Показатель по шкале «Активность» в зимний период составил $4,9 \pm 0,2$ (95%ДИ: 4,4-5,4), в весенний – $4,6 \pm 0,1$ (95%ДИ: 4,3-4,8), в летний – $5,2 \pm 0,2$ (95%ДИ: 4,7-5,7), в осенний – $4,9 \pm 0,4$ (95%ДИ: 4,1-5,6) баллов. Показатель по шкале «Настроение» в зимний период составил $5,1 \pm 0,3$ (95%ДИ: 4,5-5,7) баллов, в весенний – $4,8 \pm 0,2$ (95%ДИ: 4,5-5,1), в летний – $5,4 \pm 0,3$ (95%ДИ: 4,8-6), в осенний – $5,4 \pm 0,5$ (95%ДИ: 4,4-6,3) баллов. Полученные данные теста САН свидетельствуют о достаточно стабильном психоэмоциональном состоянии испытуемых в изучаемый период. Но при оценке соотношения этих показателей было выявлено постепенное ухудшение самочувствия и психоэмоционального напряжения при переходе от летнего к осеннему периоду года.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что сезонные колебания метеорологических факторов могут приводить к возникновению психоэмоционального стресса и, в дальнейшем, к формированию дезадаптационных расстройств у человека.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н., Лахно О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

По данным литературы, вегетативная нервная система (ВНС) играет важную роль в адаптации организма к действию метеорологических факторов. Для количественной оценки функциональных резервов вегетативной регуляции сердца широко используются методы временного и спектрального анализа variability сердечного ритма (ВСР). При снижении адаптационных возможностей организма сезонные изменения метеорологических факторов могут оказывать повреждающее воздействие. Наиболее очевидна связь сезонной периодичности метеофакторов с функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы. Актуальной задачей является изучение взаимосвязи между сезонными изменениями погоды и показателями ВСР. В связи с вышеизложенным, была поставлена цель изучить особенности изменения показателей ВСР в зависимости от метеорологической активности.

Для достижения поставленной цели оценивали влияние метеорологических факторов на показатели ВСР. Исследования были проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО. Всего было обследовано 245 человек, из них 104 мужчины и 141 женщина. В эту группу вошли лица, у которых отсутствовали острые и хронические заболевания. Средний возраст обследуемых мужчин составил 50,3 года, а женщин – 47,7 лет. Все респонденты были проинформированы о целях и задачах тестирования и дали согласие на обработку и публикацию результатов исследований. Оценка метеорологических факторов осуществлялась на основе данных Государственной метеорологической службы (форма ТСГ-1). Измерение показателей ВСР осуществляли с применением АПК «Кардио+» в течение 3-х лет. Проводился спектральный анализ полученных показателей на основе быстрого преобразования Фурье с расчетом следующих компонентов спектральной мощности:

TP – полный частотный спектр всех R-R интервалов; VLF – компонент спектра в очень низких частотах; LF – составляющая спектра в низких частотах; HF – составляющая спектра в высоких частотах и другие.

Исследованиями было установлено, что показатель TP в зимний период года составил $6706,3 \pm 877,9$ (95%ДИ: 4961,1-8451,5), в весенний – $6675,1 \pm 438,9$ (95%ДИ: 5802,5-7547,7), в летний – $5342,7 \pm 877,9$ (95%ДИ: 3597,5-7087,9), в осенний – $2717,8 \pm 1341$ (95%ДИ: 52-5383,7) мс². Показатель VLF в зимний период года составил $3415,8 \pm 809,6$ (95%ДИ: 1806,4-5025,2) мс², в весенний – $2911,4 \pm 404,8$ (95%ДИ: 2106,7-3716,1), в летний – $2056,1 \pm 809,6$ (95%ДИ: 446,7-3665,6), в осенний – $1108,3 \pm 1236,7$ (95%ДИ: 1350,1-3566,8) мс². Показатель LF в зимний период года был $2254,3 \pm 568,6$ (95%ДИ: 1123,9-3384,6), в весенний – $3165,4 \pm 284,3$ (95%ДИ: 2600,2-3730,6), в летний – $2892,3 \pm 568,6$ (95%ДИ: 1761,9-4022,6) и осенний – $1580,7 \pm 868,6$ (95%ДИ: -146-3307,3) мс². При оценке показателя HF установлено, что его значение в зимний период года составило $779,9 \pm 118,2$ (95%ДИ: 545-1014,9) мс², в весенний – $828,5 \pm 59,1$ (95%ДИ: 711-945,9), в летний – $861 \pm 118,2$ (95%ДИ: 626,1-1095,9) и в осенний – $894,5 \pm 180,5$ (95%ДИ: 535,6-1253,4) мс².

Анализ спектральных параметров ВСР позволяет сделать вывод о значительном ухудшении частотных показателей ВСР в осенний период по сравнению с другими сезонами года. Так, TP в осенний период года уменьшился на 50% по сравнению с летним периодом. Уменьшение показателя VLF осенью по сравнению с весенним и летним периодами свидетельствует об усилении гуморально-метаболических воздействий на ритм сердца в этот период года. Напряжение процессов регуляции сердечной деятельности подтверждается и уменьшением симпатических воздействий на кардиальный ритм, о чем свидетельствует уменьшение показателя LF в осенний период ($p < 0,05$).

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Андреев Р.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЕЛИОМАГНИТНЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Известно, что магнитное поле земли надежно защищает человека от радиационного воздействия Солнечного ветра. Действие этого фактора на магнитосферу проявляется в ее сжатии и развитии сильной магнитной бури, которая может оказывать неблагоприятное воздействие на организм человека. Авторы научных исследований, которые изучали физиологические процессы, происходящие под влиянием магнитного поля на организм человека, отмечают существенное его влияние на систему кровообращения, состояние кровеносных сосудов, активность переноса кислорода к органам и тканям, транспорт питательных веществ через биологические мембраны клеток. Резкое изменение внешнего магнитного поля может отрицательно сказываться на функционировании нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других жизненно важных системах человека. Важной практической задачей является изучение влияния изменения геомагнитных склонений в разные периоды года на функциональное состояние организма человека, в том числе и на показатели центральной гемодинамики.

Кафедрой медицинской физики, математики и информатики было проведено ретроспективное научное исследование, включающее изучение гелиогеомагнитных факторов за период с 2000 по 2010 гг. Характеристики гелиогеомагнитных факторов оценивались по данным каталога Института земного магнетизма, ионосферы и распространения радиоволн им. Н.В. Пушкова Академии наук РФ. Для каждого дня изучалась геомагнитная обстановка по значению амплитуды электромагнитного поля (нТл) и магнитных склонений (D – угол между географическим и магнитным меридианом (град); H – горизонтальная составляющая магнитного меридиана (град); Z – вертикальная составляющая магнитного

поля (град)). Рассчитывались среднесуточные и среднесезонные параметры этих показателей.

В результате проведенных исследований нами была выявлена нелинейная тенденция колебаний параметров некоторых геомагнитных склонений в определенные сезоны года. Исследованиями было выявлено увеличение всех среднесуточных значений геомагнитных склонений в весенний период года. Значения этих показателей в этот период года в два раза превышали аналогичные в летний и осенний сезоны ($p < 0,05$). Кроме этого, установлено снижение показателей магнитных склонений H и Z диапазонов от весеннему к осеннему периоду не менее чем в 2 раза ($p < 0,05$). Для оценки влияния напряженности магнитного поля на показатели центральной гемодинамики в изучаемые периоды года был проведен множественный корреляционный анализ.

Результаты этого анализа свидетельствуют о доминировании вклада магнитного склонения D в эффекты сезонных колебаний показателей центральной гемодинамики обследованных. В частности, коэффициент нелинейной корреляции между параметром магнитного склонения D и среднесуточными показателями артериального давления составил 0,8, а для ЧСС – 0,5. Полученные данные свидетельствуют о существовании устойчивой и сильной нелинейной корреляционной связи между вышеуказанными показателями.

Таким образом, на основании проведенных исследований была установлена зависимость изменения показателей центральной гемодинамики от колебаний параметров магнитных склонений. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке медицинских рекомендаций по профилактике неблагоприятного воздействия геомагнитных бурь на организм человека.

Гавриков А.К.

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность. Лечение острой гнойной патологии – одна из актуальных проблем современной хирургии, связанная с ослаблением неспецифических защитных сил организма, иммунно-го статуса, снижением чувствительности возбудителей острых гнойных хирургических заболеваний к антибиотикам и химическим антисептикам. Следовательно, необходимо постоянно проводить оценку антибиотикочувствительности микрофлоры с целью выбора эффективной тактики лечения гнойной патологии и борьбы с ее осложнениями.

Цель исследования: провести анализ микрофлоры и антибиотикочувствительности у больных колопроктологического профиля с острой гнойной патологией в Брянской области за период с 2017 по 2019 г.

Материалы и методы исследования: На основании положительной бактериологической пробы был проведен анализ 354 пациентов колопроктологического отделения Брянской областной больницы №1, проходивших лечение в данном отделении в 2017 году. Определены экстенсивные показатели, характеризующие структуру контингента пациентов по полу, возрасту, видовому составу микрофлоры и результатам антибиотикочувствительности высеянных микроорганизмов.

Результаты исследования и их обсуждение: В структуре исследуемых по полу доля пациентов мужского пола составила 70% (248), женского пола 30% – (106). Средний возраст мужчин составил 46,2 лет, женщин 44,56 лет, средний возраст всех пациентов составил 45,38 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст от 42 лет до 51 года – 99 случаев (28%).

В полученных колониях рост *E. Coli* (*Escherichia coli*) скудный – 60 (16,9%), умеренный – 91 (25,8%), массивный – 203 (57,3%). Рост *K. pneumoniae* (*Klebsiella pneumoniae*) скудный – 22 (6,2%), умеренный – 33 (9,3%), массивный – 299 (84,5%). Рост *S. Aureus* (*Staphylococcus aureus*) скудный – 29 (8,2%), умеренный – 89 (25,1%), массивный – 236 (66,7%).

При анализе антибиотикочувствительности основного возбудителя (*E. Coli*) были получены следующие данные: чувствительность к гентамицину составила 87,4%, к цефотаксиму

– 77,3%, к цефтазидиму – 85,2%, к ципрофлоксацину – 82,6%, к амоксициллину/клавуланату – 57,5%, к ам-пициллину – 74,6%, к цефтриаксону – 66,7%, к тобрамицину – 58,5%, к цефазолину – 76,3%, к ко-тримоксазолу – 43,7%, к левофлоксацину – 69,6%, к нитрофурантоину – 53,4%, к цефуросиму – 36,6%, к амикацину – 45,8%, к имипенему – 34,4%, к меропенему – 27,8%, к пиперациллину/тазобактаму – 43,6%, к тетрациклину – 62,5%, к норфлоксацину – 64,8% (таблица 1).

При анализе антибиотикочувствительности *K. pneumoniae* чувствительность к гентамицину, цефотаксиму, ципрофлоксацину составила 83,6%, к цефтазидиму 69,8%, к амоксициллину/клавуланату 29,3%, к тобрамицину, амикацину, ампициллину, цефураксиму 10,3%, к цефазолину 12,5%, к имипенему 5%, ко-тримоксазолу, норфлоксацину, левофлоксацину 3,6%.

Чувствительность *S. Aureus* к ванкомицину составила 92,6%, к гентамицину 83,6%, к клин-дамицину, эритромицину, левофлоксацину 62,5%, к цефокситину 52,9%, к оксациллину, ципро-флоксацину 38,6%, к пенициллину, линкомицину, офлоксацину 7,8%.

В полученных колониях микроорганизмы представлены в следующем соотношении: *E. Coli* – 182 (51,5%), *K. pneumoniae* – 47 (13,3%), *S. Aureus* – 19 (5,4%), *E. faecalis* – 18 (5%), *E. faecium* – 16 (4,6%), *Proteus penneri*, *Erwinia species*, *Citrobacter freundii*, *Enterobacter agglomerans* – 3 (0,8%), *S. epidermis* – 15 (4,2%), *S. agalactiae* – 13 (3,7%), *Proteus mirabilis* – 10 (2,9%), *Enterobacter cloacae* – 7 (2,1%), *Enterobacter aerogenes* – 5 (1,3%) *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. beta-haemolytic*, *Pantoea agglomerans*, *K. terrigena*, *Proteus vulgaris*, *Morganella morganii* – 1 (0,4%).

Выводы. В общей структуре возбудителей преобладали: *E. Coli* – 51,5%, *K. pneumoniae* – 13,3%, *S. Aureus* – 5,4%. Анализ антибиотикочувствительности показал, что *E. Coli* наиболее чувствительна к таким препаратам как: гентамицин (87,4%), цефтазидим (85,2%), ципрофлоксацин (82,6%), цефотаксим (77,3%). *K. pneumoniae* наиболее чувствительна к: гентамицину, цефотаксиму, ципрофлоксацину (83,6%). *S. Aureus* наиболее чувствительна к: ванкомицину (92,6%), гентамицину (83,6%).

Гавриков А.К., Гаврикова Д.И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБВНК) вносит существенный вклад в структуру общей заболеваемости взрослого населения. В настоящее время используется комплексный подход в лечении ВБВНК, наряду с минимально инвазивной хирургической коррекцией, склеротерапией, в качестве консервативной терапии используются различные флеботропные препараты. На принятие или отрицание пациентом назначенного флеботропного лечения непосредственное влияние оказывает высокая или низкая приверженность к терапии.

Цель: изучение приверженности пациентов с ВБВНК к флеботропной терапии, основываясь на изучении факторов, формирующих отношение пациента к эффективно проведенной терапии, а также факторов, влияющих на клиническую симптоматику.

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ 368 пациентов, страдающих ВБВНК, консультированных и наблюдающихся у сосудистого хирурга за длительный период времени (с 2015 г.), методом случайной выборки. Последние были разделены на группы по отношению к назначенному лечению: первая группа – пациенты, которым были показаны и выполнены различные методы хирургического лечения (ЭВЛК, склерооблитерация); вторая группа пациентов, отказавшихся от различных показанных им способов хирургического лечения. В обеих группах было непрерывное равномерное распределение, равное количество как мужчин, так и женщин, сопоставимых по полу и возрасту. Были оценены сравнительные критерии эффективности по различным показателям: длительности и кратности применения препарата, клиническим признакам по классификации CEAP.

Результаты исследования и их обсуждение: первая группа пациентов, которым было показано и выполнено хирургическое лечение: ЭВЛК – 54,29%, склерооблитерация – 12,52%. Флебэктомия была выполнена в бюджетном медицинском учреждении – 23,17%. Эти пациенты были исключены в процессе наблюдения за анализом приверженности, поскольку невозможно корректно оценить дни приема лекарств, из-за от-

сутствия повторных явок пациентов и адекватной «обратной связи с пациентом».

С целью уменьшения выраженности жалоб в периоперационном периоде и снижения частоты послеоперационных осложнений всем пациентам 1-й и 2-й групп рекомендовался курс приема флеботропных препаратов в течении 2 месяцев, с повтором курса 2 раза в год, при этом рекомендации по хирургическому, консервативному лечению, контроль – анкетирование пациентов проводился одним врачом-специалистом.

Индекс приверженности – частное от деления числа дней, в который осуществлялся прием полной дозы препарата, на длительность периода исследования, в нашей работе рекомендованная длительность двумя курсами по 60 дней, т.е. 120 дней.

Приверженное поведение пациентов зависело от характера мотивации к поддержанию здоровья. Так, пациенты с С2-С3, нуждаясь в оперативном лечении, решительно прибегали к предложенному хирургическому способу, не затягивая до появления С4-С6. В периоперационном периоде ответственно подходили к соблюдению назначенной флеботропной терапии. Это прослеживалось в отдаленных сроках после проведенных вмешательств – 1 год и более.

Приверженность пациентов в группе с ЭВЛК – 110/120 (индекс 0,92), для склерооблитерации – 90/120 (0,75), среднее значение индекса приверженности составило 0,84. Такой индекс соответствует высокому уровню приверженности.

В группе отказавшихся, средний индекс использования препарата равен 0,78. Такой низкий уровень приверженности может быть связан с психологическими особенностями больного, к которым, как мы полагаем, относится как отрицание значимости данного заболевания, так и невысокие волевые личностные качества.

Выводы. У пациентов, отказавшихся от показанных им хирургических вмешательств, отмечалась четкая взаимосвязь между отказом от хирургического лечения и последующей сравнительно низкой приверженностью к консервативной флеботропной терапии (индекс приверженности – 0,78).

Гаврикова Д.И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПИКОСУЛЬФАТОМ НАТРИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЗАПОРАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Введение. Запор – это хроническая задержка стула вследствие затянувшегося пребывания каловых масс в толстом кишечнике с редкой и нерегулярной, в большинстве случаев трудной и болезненной дефекацией затвердевшего стула.

Частота возникновения запора у беременных составляет от 50 до 90%. Данная проблема возникает в связи с физиологическими изменениями в пищеварительной системе, а также ее нервной и эндокринной регуляции во время гестации. Кроме того, развитию запоров способствуют: особенности образа жизни и питания беременной, эндокринные и метаболические нарушения, неврологические и психогенные факторы, заболевания желудочно-кишечного тракта и аноректальной зоны.

Запор вызывает осложнения беременности и требует лечения.

Цель исследования: оценка эффективности терапии пикосульфатом натрия у беременных женщин, страдающих запорами различной этиологии.

Материалы и методы: По данным отчетной документации родильного отделения Брянской областной больницы было проанализировано 138 беременных, страдающих запорами, проходивших лечение в данном отделении в 2019 году. В исследование участвовали беременные женщины во II и III триместрах, поскольку пикосульфат натрия противопоказан в I триместре беременности. При этом во II триместре беременности находились – 75 (54,3%) человек, а в III триместре – 63 (45,7%) человек. Каждая пациентка жаловалась на задержку стула. У 68 женщин его не было в течение двух суток. У

оставшихся 70 беременных задержка дефекации составляла более 3 суток. Помимо этого пациентки предъявляли жалобы на схваткообразные боли внизу живота, отделение небольшого количества плотного кала, сильные потуги. В качестве терапии хронического запора каждой беременной назначали пикосульфат натрия в дозе от 10 до 20 капель на ночь однократно (дозировка препарата варьировала в зависимости от состояния беременных). До назначения препарата пациентки принимали определенные пищевые продукты, богатые клетчаткой, вели активный образ жизни, проводили гимнастику. Однако такие мероприятия показали хороший результат только у 36 беременных, однако их эффект был временным.

Результаты: На фоне терапии препаратом пикосульфатом натрия у 138 (100%) беременных женщин в течение 10-12 часов наблюдался слабительный эффект. Побочных эффектов на организм матери, а также ухудшения состояния плода на фоне лечения данным лекарственным средством выявлено не было.

Заключение: Согласно полученным данным пикосульфат натрия может использоваться в качестве препарата выбора в лечении запоров у беременных женщин во II и III триместрах, поскольку он стимулирует и нормализует моторику кишечника независимо от этиологии запоров. Возможно управление слабительным эффектом путем изменения дозировки. К тому же, пикосульфат натрия не оказывает побочного воздействия на организм матери и плода, а также не способствует прогрессированию осложнений беременности.

Гаврикова Д.И., Гавриков А.К.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У БОЛЬНОГО COVID-19

Актуальность. По данным ВОЗ в мире порядка 250 миллионов человек страдают хроническим гепатитом В. В условиях продолжающейся пандемии новой коронавирусной инфекции яв-

ляется особенно актуальным изучение вопросов течения заболевания и его исходов у больных гепатитом В в сочетании с COVID-19. На сегодняшний день в опубликованных исследованиях

наличие хронического гепатита В не рассматривается как фактор риска осложненного течения COVID-19, но в тех случаях, когда у пациента регистрировался повышенный уровень аламинной (АлТ) и аспарагиновой (АсТ) аминотрансферазы, сниженный уровень альбумина и количества тромбоцитов, риск смерти от коронавирусной инфекции был выше.

Цель исследования. Оценить особенности течения хронического гепатита В у больного COVID-19.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента К., 64 года, находившегося на лечении в Курской областной клинической инфекционной больнице (КОКИБ) им. Семашко. С целью диагностики использованы следующие методы исследования: ОАК, БАК, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, анализ крови на HBsAg, КТ органов грудной клетки (ОГК), мазок из носоглотки на SARS-CoV, пульсоксиметрия, УЗИ печени. Посмертно было выполнено патологоанатомическое вскрытие.

Результаты. Пациент К., 64 года, поступил в КОКИБ им. Семашко с жалобами на общую слабость, кашель, одышку, чувство нехватки воздуха, повышение температуры тела до 38,7 С, отсутствие обоняния. Так же больной отмечал потерю аппетита, тошноту, диарею.

Объективно: ЧДД – 31/мин, укорочение перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах обоих легких. АД 100/65 мм. рт. ст. Размеры печени по Курлову (13,5-11-10 см), печень умеренно плотная, болезненная, край заострен.

Лабораторно: ОАК: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 153 г/л, лейкоциты – $11,3 \times 10^9$ /л, сегментоядерные – 90%, палочкоядерные – 1%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, лимфоциты – 7%, моноциты – 2%, тромбоциты – 174×10^9 /л, цветовой показатель – 0,85, СОЭ – 30

мм/ч. БАК: общий белок – 51 г/л, альбумин – 28 г/л, билирубин общий- 35 мкмоль/л, АЛТ – 250 МЕ/л; АСТ- 321 МЕ/л, холестерин общий – 4,6 ммоль/л, мочевины – 7,1 ммоль/л, креатинин – 83 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 55 ед/л. Глюкоза крови – 4,8 ммоль/л. С-реактивный белок – 35 мг/л. Анализ крови на HBsAg – положительный. Мазок из носоглотки на SARS-CoV – положительный.

Инструментально: SpO2 по результатам пульсоксиметрии – 87%. КТ ОГК: КТ признаки двухсторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии, вероятно, вирусной этиологии. Степень тяжести – КТ 3 (поражено 75% легочной паренхимы). УЗИ печени: печень мелкодиффузно уплотнена, эхонеоднородна, КВР ПД 16,8 см, КВР ЛД 8, 3 см, выраженный периваскулярный фиброз, желчные протоки не уширены. Капсула уплотнена до 0,5 см, нижний край печени закруглен, объемных образований не выявлено

Несмотря на проводимую этиотропную терапию хронического гепатита В, COVID-19, инфузионную, антикоагулянтную, симптоматическую терапию, состояние пациента прогрессивно ухудшалось: нарастала интоксикация, цитолитический синдром, снижалась сатурация, присоединился синдром сердечно-легочной недостаточности. На 14 день пребывания в стационаре у пациента констатирована смерть.

Результаты аутопсии: печень темно-красная, увеличена; желчный пузырь больших размеров. При микроскопическом исследовании выявляются микровезикулярный стеатоз, очаговый некроз гепатоцитов, преобладание нейтрофилов в лобулярных и портальных инфильтратах, микротромбы в синусоидах.

Выводы. Таким образом, данный клинический случай подтверждает результаты опубликованных исследований о рисках тяжелого течения COVID-19 у больных хроническим гепатитом В.

Гаркуша А.В., Коноваленко М.А.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ

Введение

Злокачественная гипертермия- это жизнеугрожающее фармакогенетическое заболевание, которое обычно возникает при действии веществ-триггеров, таких как, к примеру, дитилин, севофлуран, изофлуран, десфлуран. Симптомами данного явления являются: ригидность

мышц, гипертермия, рабдомиолиз, тахипноэ и тахикардия, которые приводят к полиорганной недостаточности и, в итоге, к смерти пациента. Частота встречаемости злокачественной гипертермии колеблется, примерно, от 1:10000 до 1:60000 тысяч анестезий у взрослых и от 1:3000 до 1:10000 общих анестезий среди детей. Един-

ственный препарат, способный предотвратить возникновение данного заболевания является Дантролен, данный препарат позволяет снизить смертность с 80 до 5%. Однако данный препарат не закупается в Республике Беларусь.

Цель

Провести фармакоэкономический анализ стоимости схем терапии злокачественной гипертермии, сформировать представление о целесообразности закупки данного препарата в больницы г. Гомеля.

Материалы и методы исследования

Фармакоэкономический анализ схем лечения злокачественной гипертермии с применением специфических миорелаксантов (дантролен) и без применения, с учетом прямых и не прямых затрат.

Результаты исследования

Среднее количество общих анестезий в год в г. Гомеле примерно 120 тысяч, с учетом средней частоты возникновения злокачественной гипертермии у взрослых это 4 случая в год. С учетом среднего пребывания одного пациента в реанимации (12 дней) и ценой одного дня в реанимации (примерно 300-600 рублей). Стоимость закупки дантролена 25 мг – 500 долларов [1]. Среднее необходимое количество препарата для купирования всех клинических проявлений примерно 10 мл/кг препарата [2]. Таким образом, пациенту со средней массой в 80 кг понадобится 800 мл препарата на купирование приступа. Общая стоимость купирования одного приступа составит примерно 36000 рублей. В учет этой цифры не вошла закупка препарата в резервы.

Гаруст Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРЕПАРАТЫ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Цель: обосновать целесообразность применения препаратов янтарной кислоты в комплексном лечении псориаза у больных пожилого возраста.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 45 источников литературы, в том числе справочных пособий, статей, размещенных на интернет-порталах pubmed.gov, uptodate.com, dermatology.ru, elibrary.ru, rh.lens.ru за последние 10 лет и отобрано 17 научно-практических статей.

Результаты. Янтарная кислота и ее соли (сукцинаты) представляют собой универсальный внутриклеточный метаболит, широко участвующий

в обменных реакциях в организме. Значимость янтарной кислоты в клеточном обмене обусловлена ее участием в цикле трикарбоновых кислот (ЦТК, цикле Кребса) и процессах окислительного фосфорилирования в митохондриях, что обосновывает возможность ее применения в лечении псориаза.

С учетом особенности встречаемости ЗГ в молодом возрасте, в расчетах брался пациент с возрастом 25 лет. Средний доход на душу населения на 2018й год – 640 рублей в месяц [3]. Средний пенсионный возраст 60 лет, без учета пола. Таким образом, пациенту с ЗГ до выхода на пенсию оставалось примерно 35 лет, доход государству за это время составил бы 268 800 рублей. На четверых пациентов общий доход составил бы 1 075 200 рублей. С учетом, покупки препаратов для 4х пациентов каждый год, стоимость общей закупки, с учетом встречаемости, составила бы 432 000 рублей. Общие потери государства в течение 3х лет составят 3 225 600 рублей.

Выводы

Исходя из приведенных данных можно заключить, что, не смотря на большие затраты на закупку Дантролена, экономия для государства велика в долгосрочной перспективе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dantrolene [Электронный ресурс]/ AdooQ. Режим доступа: <https://www.adooq.com/dantrolene.html> – Дата доступа: 20.01.2020
2. Злокачественная гипертермия [Электронный ресурс]/ RusAnesth. Режим доступа: <http://rusanesth.com/stati/obshhaya-anesteziologiya/zlokachestvennaya-gipertermiya.html> – Дата доступа: 19.01.2020
3. Беларусь в цифрах: статистический справочник / Национальный статистический комитет Республики Беларусь; под ред. И.В. Медведевой. – Минск, 2019. – 71 с.

фические сукцинатные мембранные рецепторы (GPR91 или SUCNR1).

Известно, что одним из основных патогенетических механизмов поражения кожи, приводящее к развитию псориаза, является оксидативный стресс, поэтому большое значение имеет антиоксидантное действие препаратов янтарной кислоты, которые являются антиоксидантами направленного митохондриального действия. По антиоксидантной активности янтарная кислота сопоставима с синтетическим антиоксидантом ионолом. При сравнении антиоксидантной активности и клинической эффективности наиболее распространенных в практике препаратов янтарной кислоты (ремаксол, реамберин, мексидол, цитофлавин, когитум и др.) у больных с синдромом системного воспаления и полиорганной недостаточности установлено, что более эффективное действие препаратов с парентеральным путем введения.

Помимо антигипоксического и антиоксидантного эффектов, препараты янтарной кислоты оказывают ноотропное и анксиолитическое действие. Они модулируют активность фер-

ментов клеточных мембран (Ca²⁺-независимой фосфодиэстеразы, аденилатциклазы, ацетилхолинэстеразы), рецепторных комплексов (бензодиазепинового, ГАМК, ацетилхолинового), способствуя их связыванию с лигандами, сохранению структурно-функциональной организации биомембран, транспорта нейромедиаторов и улучшению синаптической передачи, усиливают компенсаторную активацию аэробного гликолиза.

Достаточно широко применяют препараты янтарной кислоты при лечении инсулинорезистентности, диабетической стопы, сенсорной полиневропатии. Особый интерес представляет применение янтарной кислоты при хронической интоксикации, обусловленной нарушениями клеточного метаболизма, поскольку доказана роль окислительного стресса.

Выводы. Таким образом, препараты янтарной кислоты являются патогенетически обоснованными в лечении псориаза, особенно у лиц пожилого возраста, имеющих многочисленную соматическую и коморбидную патологию.

Гинькут В.Н., Талалаенко И.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ

Согласно эпидемиологическим исследованиям последних лет около 15% взрослого населения и 5% детей страдают той или иной формой синусита.

Этиопатогенез острого риносинусита преимущественно обусловлен риногенным инфицированием околоносовых пазух через естественные соустья. В развитии хронического риносинусита важное место отводится состоянию естественного соустья синуса, обеспечивающего аэрацию и дренаж. Важную роль в лечении риносинуситов играет антибактериальная терапия. С целью улучшения мукоцилиарного клиренса проводятся различные мероприятия: солевой носовой душ, промывание носа по Проетцу, пункция пазухи, назначаются мукоактивные, противовоспалительные препараты и деконгестанты.

Целью нашего исследования была оценка эффективности интраназальных кортикостероидов при лечении острого и хронического риносинусита.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов с острым риносинуситом в возрасте от 18 до 54 лет. 17 из них назначалось стандартное лечение, включающее антибактери-

альную терапию (амоксциллин/клавулановая кислота), промывание носа по Проетцу, сосудосуживающие капли в нос. 23 пациенту вместо сосудосуживающих капель назначали топические стероиды (Назонекс или Дезринит по 200 мкг 1 раз в день). Оценивали выраженность симптомов заболевания (головная боль, затруднение носового дыхания, выделения из носа, нарушение обоняния, лицевые боли) до начала лечения, во время лечения и после завершения курса антибактериальной терапии. В исследование вошли 45 пациентов с полипозным риносинуситом в возрасте 29-63 лет. 25 пациентам было назначено орошение слизистой носа физиологическим раствором и использовании интраназального стероида в дозе 200 мкг 1 раз в день в течение месяца. После чего проводился осмотр и решался вопрос о дальнейшем лечении. 20 пациентам не назначалось предоперационное лечение. 18 больным было выполнено эндоскопическое эндоназальное хирургическое вмешательство и с целью профилактики рецидивов заболевания в послеоперационном периоде назначали Назонекс или Дезринит по 200 мкг 1 раз в день в течение 6 месяцев.

Результаты. При остром риносинусите выраженность симптомов заболевания до лечения составила в обеих группах в среднем $2,5 \pm 0,5$ балла, выраженность изменений при риноскопии составила $2,7 \pm 0,4$ балла. На 4 день от начала лечения выраженность симптомов составляла в среднем $0,4 \pm 0,5$ баллов, на 7 день $0,2 \pm 0,4$ балла, что достоверно демонстрировало эффективность лечения ($P < 0,001$). Риноскопические изменения в обеих группах на 4 день составили в среднем $2,3 \pm 0,6$ баллов. Риноскопические изменения на 7 день в группе пациентов, не получавших топических стероиды, в среднем составили $2,1 \pm 0,2$ балла, а в группе пациентов получавших местные стероидные препараты – $0,3 \pm 0,4$ балла ($P < 0,001$). При хроническом полипозном риносинусите в группе пациентов, которым была назначена терапия интраназальным кортикостероидным препаратом, через месяц у 36 (80,0%)

отмечено улучшение носового дыхания и им продлено лечение. При осмотре этих пациентов через 2 месяца у 17 (47,2%) отмечено удовлетворительное носовое дыхание и заметное уменьшение размеров полипов, что позволило продолжить начатое лечение и избежать хирургического вмешательства.

Выводы: применение интраназальных топических стероидов при лечении острых риносинуситов повышает эффективность лечения и сокращает его сроки, а при лечении хронических полипозных риносинуситов позволяет уменьшить размеры полипов, улучшить носовое дыхание, уменьшить объём операции и в ряде случаев избежать хирургического вмешательства. Применение интраназальных топических стероидов в послеоперационном периоде уменьшает процент рецидивов полипозного риносинусита и удлиняет сроки ремиссии.

Глинкин В.В., Жданов В.Е., Кашанский И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПРИСТЕНОЧНОГО ДЕНТИНА КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ, ЗАПЛОМБИРОВАННЫХ МАТЕРИАЛАМИ ТРЕХ ГРУПП ЭНДОГЕРМЕТИКОВ

Для пломбирования корневых каналов наиболее часто применяются формалин-содержащие пасты, к которым относится Форедент, кальций-содержащие силлеры, представителем которых является Силапекс, трисиликатные цементы, к числу которых относится Триоксидент.

Для определения наличия тех или иных микроэлементов (МЭ) в составе дентина и пломбировочном материале (ПМ) нами был использован спектральный анализ проведенный на сканирующем электронном микроскопе JSM-6490LV (JEOL, Япония) и энергодисперсионном спектрометре INCA Penta FETx3 (Oxford, Англия). Исследуя микроэлементный состав пристеночного дентина корневых каналов (КК) зубов, запломбированных представителями трех групп ПМ, мы обратили внимание на соотношение таких жизненно важных клеточных элементов, как Na, Mg, K, Cl, S, Ca, P, Cu.

В ткани дентина на границе с силлером Силапексом большое содержание углерода и кальция, в месте расположения силлера повышенное скопление углерода. Видно проникновение силлера в микротрещины и неровности поверхности дентина, а также на спектральном анализе обнаружено проникновение углерода в ткань дентина, соприкасающейся с силлером. В том месте, где со стенкой канала соприкасается гуттаперча

на большую глубину в дентин проникает углерод. Из структуры силлера в дентин кальций (Ca) проникает слабо. Содержание фосфора (P) и Ca в дентине значительно превосходило такое в ПМ. Так же в дентине превалировало содержание C, Na, Mg, S, Cl, а в ПМ значительно преобладали МЭ Zn, особенно в гуттаперче. Си распределен примерно равномерно. Из данных исследований следует, что в пристеночных слоях дентина, контактирующих с ПМ, а именно с Силапексом, изменяется МЭ соотношение.

Исследуя МЭ состав дентина в КК зубов запломбированных Триоксидентом, считаем необходимым обратить внимание на содержание циркония (Zr) и P в дентине КК. Zr входит в состав ПМ, является биоинертным и стоек к воздействию биологических сред, что, на наш взгляд, является важным фактором при использовании данного эндодонтического ПМ во влажной среде. Его наличие в разных слоях дентина при использовании ПМ $0,53 \text{ мас}\%$ в пристеночном дентине составило $0,97 \text{ мас}\%$, что косвенно свидетельствует о его стойкости к воздействию биологической среды. Обогащение P $12,53 \text{ мас}\%$ в пристеночном дентине КК и Zr дентина, скорее всего, происходит за счет их проникновения по дентинным канальцам (ДК). Дентин состоит из гидроксиапатита и повышенное содержание

таких МЭ, как Са и Р в слоях дентина может свидетельствовать об уплотнении дентина. Содержание Na, Mg, Zn в пристеночных слоях дентина увеличивается, а Cl незначительно уменьшается. Эти показатели могут свидетельствовать о том, что химический состав пломбировочного материала влияет на химический состав ткани зуба.

Наличие Са и Р при использовании Форедента незначительно изменяется в ткани дентина, как, впрочем, и остальных микроэлементов. Исключение составляет Zn входящий в состав пасты. Обнаружена его повышенная концентрация в прилегающих слоях дентина. Содержание Zn намного превосходило таковое в пломбировоч-

ном материале, в котором незначительно преобладали Na, Al, S. Содержание МЭ: С, О, Р, Са было больше в пристеночном дентине корня. Концентрация Са, Р, О в контактирующих с ПМ слоях дентина колеблется незначительно, наибольшая концентрация этих МЭ в дентине при использовании Триоксидента, а наименьшая – Форедента. Возможно это свидетельствуют о возможном дальнейшем повышении уровня pH, что будет способствовать заживлению и вероятном уплотнении дентина за счет образования химических связей и осаждения апатита в дентине.

Глинкин В.В., Клёмин В.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ДЕНТИНЕ КОРНЯ ЗУБА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА

Изучая микроэлементный состав пломбировочных материалов (ПМ) Силапекс, Форедент, Триоксидент и дентина корневого канала (КК) с помощью сканирующего электронного микроскопа мы рассмотрели соотношение тех микроэлементов (МЭ) в дентине зуба, которые играют важную роль в жизнедеятельности клетки. Так, при использовании этих материалов, соотношение Na/Mg, Na/Cl, Mg/Cl в пристеночном дентине КК превышает таковое в средних слоях дентина. Лишь при использовании Триоксидента соотношение Na/K в пристеночном дентине было меньше, чем в его внутренних слоях (9,88-14,39). Соотношение Са/Р увеличивается во внутренних слоях дентина при использовании всех трех ПМ. Максимальное соотношение Са/Р установлен в дентине зубов, запломбированных Силапексом (2,37-2,45), а наименьшее – Форедентом (2,16-2,20). Но необходимо отметить, что во всех случаях отношение нарастало во внутренних слоях дентина корня, что является косвенным свидетельством повышения прочности дентина. Кроме того, это соотношение находилось в пределах нормы. Содержание F в пристеночном дентине каналов зубов, запломбированных Силапексом и Форедентом, составляло соответственно 0,15 и 0,16 весовых% (вес%), а Триоксидентом – 0,22 вес%. Повышение концентрации Са, Р, F в дентине зубов, запломбированных Триоксидентом, свидетельствует об увеличении прочности дентина. Значительные различия в содержании Zn обратили на себя наше внимание. Наибольшая концентрация его в прилегающих слоях дентина

при использовании Форедента, что можно объяснить его содержанием в ПМ, а наименьшая при использовании Триоксидента. Сравнивая наличие тех или иных МЭ в дентине корня необходимо обратить внимание на концентрацию йода. В пристеночном дентине при пломбировании Силапексом и гуттаперчей его средний показатель равнялся 0,132, а в средних слоях дентина он составил 0,217 вес%. Он распределен неравномерно, во многих местах полностью отсутствует, что свидетельствует о том, что площадь локального обогащения намного меньше общей площади дентина. Эту десорбцию йода можно рассматривать как косвенное свидетельство микроподтекания ПМ. При использовании Триоксидента содержание йода во внутренних слоях дентина уменьшается от 0,132 до 0,079 вес%, что является косвенным свидетельством низкого микроподтекания ПМ. В Фореденте концентрация йода статистически незначима (0,003 вес%). В дентине корней запломбированных зубов, содержание Cl повышено в перитубулярном дентине и там же снижается концентрация Na и Mg. Мы обратили внимание на то, что содержание Mg при использовании Форедента отличается. В отличие от других МЭ его содержание понижено в пристеночном дентине, но повышается в средних слоях. Противоположное мы наблюдаем в наличии Са, Р, Cl. Содержание Na понижено во внутренних слоях дентина во всех трех группах зубов с исследуемыми ПМ, а Cl – только при использовании Силапекса. Возможно это связано с тем, что в результате патологического процесса,

протекающего в зубе и непосредственно затрагивающего ткани корня, это соотношение изменилось. И то, что содержание Cl приходит в норму во внутренних слоях дентина, и стабильно повышенное содержание Na в пристеночном дентине, свидетельствуют в пользу регенеративных процессов запускаемых в тканях дентина. Повышенная концентрация Mg в пристеночном дентине зубов, запломбированных Триоксидентом (0,50), вероятно указывает на возможность

замены ионами Mg ионов Ca в кристаллической решетке гидроксиапатита. Именно эти участки корня наиболее подвержены воздействию патогенных факторов. Неоднородность МЭ состава в различных слоях дентина свидетельствует о том, что ПМ оказывают свое влияние на химический состав дентина, но примерно на середине толщины слоя дентина корня эти показатели изменяются, и мы наблюдаем МЭ состав дентина присущий самому зубу.

Глушко Ю.В., Ершова И.Б.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ И МОТИВАЦИИ НА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ ДЕТЕЙ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Для детей и подростков тема о здоровье должна быть привлекательной и актуальной. Специалисты, работающие с детьми, должны владеть методическими приемами, позволяющими заинтересовать детей проблемой сохранения здоровья. По данным Института возрастной физиологии Российской академии образования, Центра здоровья детей и подростков РАМН: около 90% детей имеют отклонения в физическом и психическом здоровье, 30-35% детей, поступающих в школу, уже имеют хронические заболевания. За годы обучения в школе частота нарушений зрения и осанки возрастает в 5 раз, нарушений психического здоровья – в 4 раза, заболеваний органов пищеварения – в 3 раза.

Кафедрой педиатрии и детских инфекций ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВ. ЛУКИ» на протяжении нескольких лет проводится оценка и мониторинг состояния здоровья детей школьного возраста, проживающих в г. Луганске. Ежегодно проводится анкетирование школьников по их собственному отношению к здоровью и здоровому образу жизни. Таким образом, с целью формирования культуры здоровья и мотивации на здоровьесбережение детей ЛНР в 2016 году кафедрой педиатрии и детских инфекций создано движение волонтеров-медиков университета «Здоровье – детям!». Разработан план мероприятий по воспитанию навыков здорового образа жизни, а также культуры здоровья у студентов посредством их волонтерской деятельности по воспитанию здорового образа жизни у школьников. Со студентами-волонтерами сотрудниками кафедры проводятся обучающие занятия по вопросам педагогики, в частности особенно-

стей подхода к школьникам разных возрастных групп. Организовано медико-педагогическое сопровождение студентами психофизического развития, состояния здоровья и уровня валеологической образованности обучающихся в средних образовательных школах г. Луганска. В состав движения входят студенты старших курсов с активной жизненной позицией. Для осуществления работы активно используются такие методы как лекции, беседы, оснащенные наглядными материалами, презентациями, видеороликами, посвященные различным, актуальным для современных школьников, здоровьесберегающим тематикам. Для всех возрастных групп был разработан индивидуальный подход в предоставлении обучающего материала для наиболее эффективного восприятия.

Важно сказать, что волонтеры-медики движения «Здоровье – детям!» активно сотрудничают с Республиканским Центром Здоровья, помогая распространять информацию по сохранению и укреплению здорового образа жизни среди детей – раздают брошюры, памятки, листовки по освещаемым тематикам. Так среди детей школьного возраста освещаются такие важные темы как: «Правила личной гигиены»; «Вред табакокурения, алкоголизма и наркомании», «Половое воспитание», «Профилактика нарушения зрения», «Профилактика суицидальных действий и опасность суицидальных игр в сети интернет», «Укусы насекомых», «Лето и моя безопасность», «Профилактика нарушений осанки», «Профилактика гриппа и ОРВИ», «Профилактика и оказание помощи при травматизме», «Роль спорта для здоровья», «Негативное воздействие гадже-

тов на организм» и др.

С января 2020 года кафедра педиатрии и детских инфекций начала санитарно-просветительскую деятельность в ГОУ ЛНР «Луганский детский дом», направленную на сохранение здорового образа жизни воспитанников.

«Здоровье – детям!» приглашают в школьные учреждения, как на протяжении учебного года,

так и во время летних каникул в пришкольные лагеря и даже к родителям на родительские собрания. Активное взаимодействие школьников и волонтеров-медиков непременно способствует просвещению, мотивации и улучшению состояния здоровья подрастающего поколения. Мы искренне верим, что наша деятельность приносит и будет приносить пользу в сохранении здоровья детей нашей Республики!

Говоруха И.Т., Железная А.А., Шаров К.В., Зоркова Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЛАЦЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

В настоящее время в клинической практике для диагностики плаценто-ассоциированных нарушений гестации используют различные биохимические маркеры, в частности проангиогенные и антиангиогенные факторы. Плацентарный фактор роста (PIGF) – это проангиогенный фактор, принадлежащий к семейству белков фактора роста эндотелия сосудов (VEGF). Главным источником PIGF во время беременности является плацентарный трофобласт. Растворимый рецептор тирозинкиназы-1 (sFlt-1) связывает свободно циркулирующий PIGF и другие белки семейства VEGF, таким образом снижая уровень проангиогенных факторов в крови (Игнатко И.В., 2017; Дорофейков В.В., 2013). Чаще всего соотношение sFlt-1/PIGF используют для диагностики и прогнозирования глубины сосудистых нарушений и выраженности сосудистого дисбаланса при беременности, осложненной преэклампсией, а также при развитии синдромом задержки роста плода на фоне преэклампсии (Макаров О.В., 2014).

Цель исследования – изучить соотношение концентраций sFlt-1/PIGF у беременных с синдромом задержки роста плода (СЗРП).

Материалы и методы. Ранее нами установлено, что у беременных с СЗРП в сроке гестации 11-13 недель уровень β -хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ) достоверно ($p < 0,05$) выше, а содержание ассоциированного с беременностью протеина А плазмы (РАРР-А) достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у беременных без СЗРП (Говоруха И.Т. и др. 2020). Поэтому в исследование были включены 52 беременные с такими же изменениями биохимических маркеров пренатального скрининга в сроке 11-13 недель. В дальнейшем у них в сроке 14-17 недель с помощью иммуноферментного анализа определяли уровень PIGF, концентрацию sFlt-1 и рассчи-

тывали соотношение sFlt-1/PIGF.

В основную группу вошли 52 пациентки, у которых впоследствии был диагностирован синдром задержки роста плода. В контрольную группу включены 30 женщин с физиологической беременностью.

Средний возраст женщин основной группы составил $27,4 \pm 5,2$ года, контрольной – $28,5 \pm 3,1$ года. Статистическую обработку данных производили с использованием пакета Statistica 7 (StatSoft Inc, США) на персональном компьютере Intel (R) Core i3 на базе операционной системы Windows 10. Сравнение средних осуществляли с помощью двустороннего t-критерия Стьюдента для независимых переменных. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. При проведении исследования нами выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между группами в содержании PIGF и sFlt-1 в сыворотке крови. Среднее содержание PIGF в основной группе ($50,3 \pm 14,4$ pg/ml) было в 2 раза меньше, чем контрольной ($130,3 \pm 18,2$ pg/ml). В тоже время концентрация sFlt-1 у беременных с СЗРП ($7652,1 \pm 324,2$ pg/ml) в 2,5 раза превышала средние значения контрольной группы ($3182,1 \pm 424,6$ pg/ml). Соотношения концентраций sFlt-1/PIGF у беременных с СЗРП ($153,4 \pm 0,4$) в 7 раз превышал средний показатель в контрольной группе ($21,4 \pm 0,3$), что свидетельствует о начале сосудистого дисбаланса и формировании плацентарной дисфункции.

Выводы. У беременных с СЗРП, еще до развития синдрома в 14-17 недель беременности отмечается существенное повышение соотношения концентраций sFlt-1/PIGF. Полученные результаты целесообразно использовать для прогнозирования СЗРП на ранних сроках гестации и разработки профилактических мероприятий.

Голованева Ж.В., Котилевская И.Т., Иванченко Д.А., Колчин Ю.Н.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» ЛНР

ПАНДЕМИЯ XXI ВЕКА. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больной Ш., 61 год, поступил 28.10.2019г. в кардиологическое отделение ГУ «ЛРКБ» ЛНР с жалобами на выраженную одышку усиливающуюся при минимальной двигательной активности в ночное время, в горизонтальном положении, сердцебиение, перебои и ощущение замирания в работе сердца, колебание цифр АД в течение суток, отеки нижних конечностей.

ЭКГ при поступлении: ГЛЖ. ГЛП. Желудочковая экстрасистолия единичная с периодами аллоритмии по типу бигеминии. Нарушение процессов поздней реполяризации диффузного характера. Исходная ФВ- 34% по результатам ЭхоКС.

На фоне получаемой терапии уменьшился уровень декомпенсации. 06-07.11.2019г. пациент самостоятельно начал увеличивать двигательную нагрузку. 07.11.2019г. во время пребывания в палате, после длительной прогулки – остановка кровообращения – Желудочковая тахикардия, пациент находился в сознании, начаты реанимационные мероприятия, проведена ЭИТ 120 Дж, пациент переведен в ОИТ №2. В ОИТ на фоне терапии кордароном и препаратами калия – регистрировалась частая рецидивирующая желудочковая тахикардия. 13.11.2019г. – принято решение о проведении экстренной КВГ.

По результатам КВГ гемодинамически значимых стенозов не обнаружено. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии 17.11.2019г. назначены препараты – Ранекса, Юперо. С 22.11.2019 по 27.11.2019 г. пароксизмы желудочковой тахикардии не рецидивировали.

В связи с техническими проблемами, для постановки ИКД 27.11.2019г. принято решение о переводе пациента в кардиохирургическое отделение ДоКТМО.

Диагноз: Осн.: ИБС. Диффузный кардиоскле-

роз. 13.11.2019г. КВГ г.Луганск. Ствол ЛКА со стенозом в устье до 40%. ПМЖВ со стенозом на уровне 1-й ДА до 40%. 1-я ДА с устьевым стенозом до 40%. ПКА с стенозами на протяжении до 35%. Гипертоническая болезнь II (ГЛЖ) ст., 2 степень, риск 4.

Осл.: СН II Б с систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ – 34%). Сердечная астма. Остановка кровообращения 07.11.2019г. Желудочковая тахикардия. ЭИТ 120 Дж 1 раз в восстановлением синусового ритма 07.11.2019г. Рецидивирующая желудочковая тахикардия: 07.11, 10.11, 11.11, 12.11, 15.11, 16.11, 17.11, 21.11, 22.11 – ЭИТ 21 раз. Желудочковая экстрасистолия единичная с периодами аллоритмии по типу бигеминии. Минимальная МНД, ТНД. Легочная гипертензия I ст.

В ДоКТМО при поступлении ФВ – 18%. 28.11.2019г. выполнено внутрисердечное ЭФИ – проведена программированная стимуляция CS, RA, RV. 28.11.2019 г – ФВ 14-15%. Имплантирован ИКД (с момента имплантации разряды не регистрируются), выполнено контрольное ЭхоКС (ФВ – 38%), холтеровское мониторирование и постоянный прием препаратов Ранекса и Юперо – пароксизмы желудочковой тахикардии не рецидивировали.

Таким образом, приведенный клинический случай демонстрирует, что сердечная недостаточность с систолической дисфункцией левого желудочка является гемодинамически сложной проблемой и требует индивидуального подбора терапии. В данном клиническом случае у пациента с систолической дисфункцией ЛЖ и рецидивирующей ЖТ, в результате комплексной терапии медикаментозной (Ранекса, Юперо, Симдакс, Кордарон, Инспра и т.д.), сеансы плазмафереза, проведение ЭФИ, имплантации ИКД. Пароксизмы ЖТ удалось купировать.

Голоденко О.Н., Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Коваленко С.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА НА ДОНБАССЕ

Военные действия и их последствия оказывают многообразное разрушающее воздействие на психику, личность и поведение детей и подростков. Для детско-подросткового возраста особенно характерно непонимание своих психоэмоциональных состояний. Они, например, не могут правильно оценить депрессивное состояние, предъявить соответствующие переживанию жалобы, так как делают взрослые. Стрессовые переживания у них часто маскируются неуспеваемостью в школе, непослушанием, нарушением межличностного общения. Стрессогенными факторами детско-подросткового возраста, в отличие от взрослого населения, являются изоляция, ограничения, ситуация неопределенного будущего, информация о происшествиях на линии соприкосновения, вооруженные люди, военная техника на улицах города. Массивные и длительные стрессогенные факторы могут оказывать неблагоприятное действие на личностное развитие в мотивационной, поведенческой и эмоциональной сферах.

Сотрудниками нашей кафедры проводилось исследование адаптационных возможностей личности молодых людей нашего региона. Результаты показали, что у многих из них значительно снизилась успеваемость, способность к концентрации внимания; появились трудности в сосредоточении на обучении, наблюдалось временное снижение памяти; нарушилось общение со сверстниками и родителями; развился страх потерпеть неудачу, неуверенность в себе с низкой самооценкой; появлялись навязчивые мысли, повышенная настороженность, подозрительность, недоверие; утратились жизненные перспективы и мотивация; наблюдалась раздражительность, чувство вины, сниженное настроение, повышался уровень тревожности, нарушался сон. Так же отмечалось ощущение утраты смысла жизни, влекущее за собой отчуждение в различных сферах жизни, что является неблагоприятным прогностическим фактором

в плане развития невротических расстройств, злоупотребления психоактивными веществами, деструктивного поведения, истощения личностных возможностей и, в целом, снижения жизнедеятельности. Нужно отметить, что отчуждение практически не затрагивает сферу семьи. Вероятно, взаимопомощь, поддержка, рациональный подход, доверие в кругу семьи оказывает благоприятное воздействие на личностный потенциал и обогащает его внутренние ресурсы.

Для смягчения стрессогенного влияния и предупреждения возможных психоэмоциональных последствий необходимо проводить комплексные реабилитационные мероприятия. В этом комплексе обязательно должны участвовать семья, школа (учителя, школьные психологи) и специалисты (психологи, психотерапевты). Для этого необходимо создавать центры психосоциальной реабилитации.

К сожалению, мы не можем полностью убрать психотравмирующие факторы, сложившиеся в нашем регионе, но в наших силах сгладить, смягчить их влияние, изменить отношение к ним. Для этого семье и школе надо научить детей и подростков иначе относиться, не драматизировать сложившуюся ситуацию. Необходимо увлекать, заинтересовывать детей и подростков различными культурными мероприятиями, такими как спорт, театры, музеи, развивающие кружки по интересам (рисование, вокал, танцы).

К настоящему времени разработано немало тренингов умения справляться со стрессом. В целом они ориентированы на то, чтобы научить молодых людей приемам, которые должны им помочь предотвратить стресс или свести его к минимуму. Такого рода тренинги включают разные техники, в том числе обучение технике релаксации и умению проявлять ассертивность. В последние годы используются когнитивно-поведенческие подходы. Также хорошо зарекомендовал себя метод психологической коррекции «сказкотерапия».

Гонтарь Е.А., Мороз А.Б., Хохлова Е.А., Гаврилов А.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИНАМИКА УРОВНЯ КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Цель исследования: изучение динамики уровня структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов (СФКЭ) при патологии внутренних органов на фоне проводимой рефлексотерапии.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 56 человек, которым применялась рефлексотерапия в комплексе лечения основных заболеваний. Возраст обследуемых составил от 20 до 56 лет. Оба пола были представлены в равной степени. Все больные проходили курс лечения в течение 10-14 дней. При этом 46 человек получали лечение акупунктурой, 10 человек – электроакупунктурой. В соответствии с ведущей патологией больные, получающие рефлексотерапию, были разделены на 3 группы. К I группе относились больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ко II – с заболеваниями дыхательной системы, к III – с заболеваниями нервной системы. Уровень СФКЭ определяли по пробе ТЭР с вычислением индекса ТЭР и оценивали в баллах. Регистрировали гемодинамические показатели (частоту пульса, артериальное давление) с вычислением в дальнейшем таких интегральных показателей вегетативной нервной системы, как вегетативный индекс Кердо (ВИК) и минутный объем крови по способу Лильештранда и Цандера (МОК).

Результаты исследования. Во всей совокупной группе, получающей акупунктурную терапию, в 74% зарегистрировано повышение уровня СФКЭ: в начале лечения он составлял $5,2 \pm 0,3$ баллов, а в конце – $3,8 \pm 0,4$ балла ($t = 2,7$ $p < 0,01$). Конкретно по группам динамика выглядела следующим образом: в начале лечения в I-ой группе уровень СФКЭ составлял $5,1 \pm 0,1$ балл, по окончании – $3,9 \pm 0,2$ балла; в III-ей группе – соответственно, $5,9 \pm 0,3$ балла и $3,2 \pm 0,1$ балл. Во II-ой группе у больных со сравнительно высоким исходным уровнем СФКЭ ($3,0 \pm 0,2$), характерного в большинстве случаев для заболевания

бронхиальной астмой, динамики или не было совсем, или отмечалось снижение уровня этого показателя во время лечения ($5,5 \pm 0,6$), которое сохранялось и после курса проведенной терапии. Различия носили достоверный характер: $t = 3,8$ $p < 0,001$. Изучение динамики основных гемодинамических и вегетативных показателей при рассматриваемых видах рефлексотерапевтических воздействий показало, что в среднем по всей совокупной группе больных произошло снижение частоты пульса с 77 ± 2 до 65 ± 2 ударов в минуту ($t = 4,3$ $p < 0,001$). Изменилось также артериальное давление. Среднегрупповые значения систолического давления снизились с 116 ± 3 мм рт.ст. до 109 ± 3 мм рт.ст. ($t = 1,7$ $p > 0,1$). Хотя различия недостоверны, но тенденция прослеживается явно. Среднегрупповые значения диастолического давления также снизились с 73 ± 2 мм рт.ст. до 60 ± 2 мм рт.ст. ($t = 4,1$ $p < 0,001$). Изучение на основании полученных данных таких интегральных показателей, как вегетативный индекс Кердо (ВИК) и минутный объем крови (МОК) по способу Лильештранда и Цандера, характеризующих тонус вегетативной нервной системы, показало, что если исходные среднегрупповые значения этих показателей свидетельствовали о преобладании симпатического вегетотонуса (ВИК = $5,8 \pm 0,6$; МОК = 3548 ± 121), то после аку- и электроакупунктурного воздействия произошел их сдвиг в сторону нормотонии (ВИК = $0,54 \pm 0,05$; МОК = 2548 ± 101). Различия этих показателей были достоверны: по ВИК $t = 8,8$ $p > 0,001$; по МОК $t = 6,2$ $p > 0,001$.

Выводы. Таким образом, при акупунктурном и электроакупунктурном воздействии в соответствующих режимах происходит существенное и достоверное повышение уровня СФКЭ в условиях сдвига тонуса вегетативной нервной системы в сторону нормотонии, о чем свидетельствовало изменение основных показателей гемодинамики и интегральных показателей вегетотонуса.

Гончаров В.В., Гридасова Е.И., Кварцхелия Л.Г., Скоробогатый Р.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

При остром отравлении необходимо проводить мероприятия направленные на прекращение или уменьшении действия отравляющего вещества. Поэтому неотложная помощь при острых отравлениях требует проведения следующих лечебных мероприятий: ускоренного выведения токсичных веществ; назначения специфической антидотной терапии; проведение симптоматической терапии. Ускоренное выведение токсинов позволяет значительно уменьшить влияние этих веществ на организм. При ингаляционных отравлениях необходимо эвакуировать больного из зоны поражения. При чрезкожном пути поступления ядов необходимо промыть пораженный участок кожи и слизистые оболочки большим количеством воды, при отравлениях жирорастворимыми веществами – мыльной водой с дальнейшим промыванием проточной водой. При пероральном пути попадания токсичных веществ (90-95% случаев всех отравлений) основным методом, уменьшающим действие токсического вещества является промывание желудка. Основной метод промывания желудка зондовый метод. «Ресторанный» способ промывания – вызывание рвоты- возможен только при условии наличия сознания у пострадавшего. К методам ускоренного удаления токсических веществ также относятся методы искусственной детоксикации, которые уменьшают количество отравляющего вещества в организме

(специфический эффект), в том числе замещают при необходимости утраченные функции органов (почек, печени). Использование методов искусственной детоксикации способствует усилению естественных процессов детоксикации. Этот феномен связан с присутствием так назы-

ваемых неспецифических эффектов искусственной детоксикации. Большинство методов искусственной детоксикации основано на принципах разведения, диализа, фильтрации и сорбции. К методам искусственной детоксикации относятся следующие методы интра-и экстракорпоральной детоксикации: гемодилюция, плазмферез, лимфорез, гемодиализ, перетониальный и кишечный диализ, гемосорбция, гемофильтрация, энтеросорбция, лимфосорбция, плазмсорбция, плазмодиализ, лимфодиализ, методы квантовой гемотерапии (ультрафиолетовое и лазерное облучение крови). Наибольшее значение имеет специфическая (антидотная) терапия, которая может значительно уменьшить токсичность ядов или ее нейтрализовать. К сожалению, арсенал антидотов весьма ограничен. В то же время, если антидот существует, он обязательно должен быть назначен. Симптоматическая терапия при острых отравлениях не имеет особых отличий ни в выборе показаний, ни в технике проведения. Она направлена на поддержку или замещение нарушенных функций дыхательной системы (интубация трахеи, искусственная вентиляция лёгких), сердечно-сосудистой системы (инфузионная терапия, фармакотерапия шока и нарушения ритма, искусственное кровообращение) и центральной нервной системы (противоотечная терапия, церебропротекторная терапия). Для обеспечения наибольшей клинической эффективности комплексное лечение острых отравлений должно максимально отвечать степени тяжести отравления, виду токсического вещества, стадии токсического процесса (обусловленной взаимодействием яда с организмом и адаптационными возможностями человека).

Гончаров В.В., Гридасова Е.И., Ясногор Л.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО, ЦГКБ № 1. г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИДУРАЛЬНОГО БЛОКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

Целью настоящего исследования явилось определение места и роли перидурального блока в комплексе лечения больных распространённым перитонитом. Материалы и методы: Анализированы результаты лечения 32 больных, оперированных по поводу ургентной аб-

доминальной хирургической патологии органов брюшной полости, осложнившейся распространённым перитонитом. Объём оперативного вмешательства включал ликвидацию источника перитонита, санацию брюшной полости в виде перитонеального лаважа, назогастроинтести-

нальную интубацию и дренирование брюшной полости. Все больные получали инфузионную и антибактериальную терапию. В зависимости от характера проводимой после операции терапии, направленной на купирование болевого синдрома, все больные разделены на две группы. 15 пациентов первой группы получали наркотические и ненаркотические анальгетики. Вторую группу составили 17 пациентов, у которых проводили обезболивание путём введения местного анестетика в катетер установленный в перидуральное пространство по стандартной методике. По основным клинко-статистическим параметрам сравниваемые группы существенных отличий не имели. Результаты: При анализе течения послеоперационного периода у 5 из 15 больных первой группы возникли легочные осложнения

в виде обострения хронического бронхита или острой пневмонии. Их развитие связываем с малой физической активностью больных, так как наркотические анальгетики на фоне эндогенной интоксикации вызывают адинамию, угнетение работы дыхательного центра. При использовании перидурального блока из 17 больных только у 2 возникли лёгочные осложнения. Это объясняется исключением негативного действия наркотических анальгетиков, а так же двукратным уменьшением времени нахождения в кишечнике зонда. Выводы: Включение перидурального блока в комплексную терапию распространенного перитонита позволяет сократить количество легочных осложнений, что существенно улучшает результаты лечения данной категории больных.

Гончарова В.В., Беликова Я.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АКУШЕРСТВЕ

Актуальность: понятие дисплазии соединительной ткани объясняется как системное заболевание соединительной ткани, обусловленное нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. Характеризуется дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессивным течением. Дисплазия соединительной ткани может оказывать неблагоприятное влияние на течение беременности, родов, перинатальную заболеваемость и смертность новорожденных, высок риск развития плацентарной недостаточности, несвоевременного излития околоплодных вод, опущения и выпадения внутренних половых органов.

Цель: Целью исследования является изучение особенностей течения родов, выявление акушерских и перинатальных осложнений у женщин с такими проявлениями дисплазии соединительной ткани, как миопия, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь нижних конечностей, а также установление взаимосвязи между возникновением акушерских и перинатальных осложнений и наличием у женщины данного дефекта.

Материал и методы: В исследование было включено 100 пациенток, находившихся под на-

блюдением и родоразрешенных в ДРЦОМД за 2019 год. Данная выборка была разделена на 2 группы: 1 группа – 50 пациенток в возрасте от 15 до 40 лет с такими проявлениями дисплазии соединительной ткани, как различной степени миопия, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь нижних конечностей, 2 группа – 50 пациенток в возрасте от 15 до 40 лет без признаков данного дефекта. Преобладающим признаком соединительнотканного дефекта при исследовании в 1 группе являлось различной степени миопия – 58%, в то время как частота встречаемости варикозной болезни нижних конечностей и пролапса митрального клапана составило 30 и 12%, соответственно. Среди миопического нарушения зрения было выявлено преобладание слабой степени (58%), тогда как средней степени (26%) и высокой (16%). У женщин с дисплазией соединительной ткани выявилась высокая частота акушерских и перинатальных осложнений, в виде преэклампсии (12%), преждевременного излития околоплодных вод (14%), слабости родовой деятельности (20%), угрозы несостоятельности рубца на матке (4%), угрозы преждевременных родов (4%), быстрых родов (2%), расхождения швов промежности (2%), внутриутробной гипоксии плода (32%), задержки развития плода (7%), хронической плацентарной недостаточности (2%) и обвития пуповины (6%). Уже при первой беременности у женщин данной группы был высок риск развития осложнений,

наиболее частые из которых слабость родовой деятельности (16%) и внутриутробная гипоксия плода (3,4%). Таким образом, можно выделить ведущие осложнения беременности и родов, выявленных в 1 группе это внутриутробная гипоксия плода и слабость родовой деятельности. Акушерский анамнез женщин 1 группы более чем в 4 раза осложнен синдромом потери плода на ранних и поздних сроках беременности. У женщин 1 группы в 1,5 раза чаще встречались самопроизвольные аборт в анамнезе (12,2%). У женщин без дисплазии соединительной ткани самопроизвольных абортов до анализируемой беременности не было.

Выводы:

По результатам данного исследования можно сделать вывод, что течение беременности и

родов пациенток с дисплазии соединительной ткани в виде различной степени миопии, варикозной болезни нижних конечностей и пролапса митрального клапана сопровождается высокой частотой развития акушерских и перинатальных осложнений. Анализ полученных результатов указывает на существование прямой закономерности между наличием соединительнотканного дефекта и развития осложнений беременности и родов у данных женщин. Поэтому, возникает необходимость о предварительной идентификации дисплазии соединительной ткани, ее верификации, отнесения женщин с данной патологией к группе риска и принятие единой общепринятой тактики ведения беременности и родов при данном дефекте.

Гончарова В.В., Зейналова Ф.А.

ГОО ВПО Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, г.Донецк

ГИСТЕРОСКОПИЯ, КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Актуальность: В последнее десятилетие отмечено значительное увеличение числа женщин с злокачественными опухолями репродуктивной системы. Рак эндометрия в настоящее время занимает третье место после рака молочной железы, рака шейки матки. Результаты лечения пациенток больных раком эндометрия зависят от своевременной диагностики, включающей определение гистотипа опухоли и распространенность ракового процесса. В настоящее время основным методом диагностики рака эндометрия является диагностическое выскабливание полости матки, информативность которого, по данным литературы, не превышает 80%. Исследование же эндометрия и слизистой цервикального канала при помощи гистероскопии, дает возможность нам визуально определить характер патологического процесса и произвести прицельную биопсию пораженного участка, что увеличивает информативность диагностики почти до 95%.

Цель: Цель исследования – оценка роли гистероскопии в выявлении злокачественных процессов у пациенток с постменопаузальными кровотечениями.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ДРЦОМД гинекологического отделения №1. В исследовании приняли участие 323 пациентки с постменопаузальными кровотечениями. Средний возраст составил 61 год (от 46 до 76 лет).

Результаты: Гистероскопию проводили жидкостным фиброгистероскопом фирмы «Bittocshi Karl Storz». При проведении гистероскопии мы смогли оценить рельеф стенок полости матки, состояние эндометрия, область устьев маточных труб, осматривали всю полость и осматривали цервикальный канал. Оценивали полноту удаления патологических тканей и, при необходимости, удаляли оставшиеся патологические участки (полипы) биопсийными щипцами. Среди трёх основных причин кровянистых выделений из половых путей в постменопаузе стоит выделить, в первую очередь, злокачественные процессы женских половых органов, которые подтвердились гистологически у 47 (14,5%) женщин, из которых 76,5% (36) составляет рак эндометрия, рак цервикального канала - 23,5% (11). У 276 (85,5%) пациенток гистологические ответы давали доброкачественные процессы: полипы эндометрия различной морфологической структуры в 55,3%, гиперплазия эндометрия в 12,1%, субмукозная форма миомы матки в 9,5%, полипы цервикального канала в 2,2%, атрофия эндометрия 18,8%. Гистероскопия с прицельной биопсией дала возможность выявить минимальные, патологические изменения эндометрия и эндоцервикса с последующим морфологическим подтверждением процесса.

Выводы: Основными причинами кровомазанья в постменопаузе являются полипы эндо-

метрия различной морфологической структуры, атрофия эндометрия, злокачественные процессы, основная доля которых приходилась на рак эндометрия. Для достижения оптимального результата в диагностике необходимо исполь-

зовать гистероскопию и прицельную биопсию эндометрия. Гистероскопия при выявлении злокачественного процесса позволяет определить локализацию, объём патологического очага, что позволяет выбрать адекватную тактику лечения.

Гончарова Т.А., Прохоров Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

КОРРЕКЦИЯ ЭНЕРГОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Среди инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания, пневмония ввиду распространенности, частого развития осложнений, тяжести течения, возможности неблагоприятного исхода представляет собой серьёзную медикосоциальную проблему. Существенная роль в патогенезе пневмонии отводится сопутствующим нарушениям клеточного энергообмена. Общеизвестно, что у детей, особенно осложнённая пневмония, сопровождается тканевой гипоксией. В условиях гипоксии альвеолярно-капиллярная мембрана проявляет высокую метаболическую активность по отношению к биологически активным веществам, белково-полисахаридным комплексам, липидам, углеводам и быстро испытывает значительные энергетические потребности и особую чувствительность к нарушениям энергетических процессов

Цель работы. Повышение эффективности диагностики и лечения внебольничной пневмонии у детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС на основании изучения особенностей энергометаболических нарушений и их коррекции с использованием препарата энерготропного действия.

Материалы и методы. Проанализированы 831 истории болезни детей с различными инфекционно-воспалительными заболеваниями дыхательных путей. Основное обследование выполнено у 87 детей с внебольничной пневмонией. Возраст детей с ВП составил от 6 месяцев до 3 лет. Контрольная группа составила: 23 условно здоровых сверстников. В работе использовались клинические, лабораторные, в т.ч. биохимические, инструментальные и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Изучение перинатального анамнеза, свидетельствовало, о существенном значении интра-, ante- и постнатальных факторов риска развития ВП у обследованных детей. Отмечено, что у больных с осложнённым течением пневмонии достоверно чаще регистри-

ровались указания на патологическое течение беременности у матери (такие как угроза прерывания, гестозы I и II половины, хроническая фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная инфекция, анемия и др.), которые встречающиеся суммарно в 77,3% случаев, по сравнению с детьми у которых наблюдалось неосложнённое течение заболевания – это 65,1%. При выяснении частоты регистрации и характеристики основного синдрома перинатального поражения ЦНС среди 87 обследуемых детей в зависимости от тяжести течения пневмонии, оказалось, что с наибольшей частотой – 22,9% констатировали синдром двигательных нарушений, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (16,1%), синдром вегето-висцеральных дисфункций (11,5%), судорожный синдром (4,6%) и гипертензионно-гидроцефальный (1,5%). Примерно у трети обследуемых пациентов (28,7%) наблюдалось сочетание тех или иных синдромов ПП ЦНС. Таким образом, в целом, необходимо констатировать негативное влияние разнообразных перинатальных факторов и сопутствующей патологии на развитие и характер течения пневмонии. При этом, у детей с осложнённым течением заболевания регистрируется абсолютная суммарная встречаемость тех или иных неврологических синдромов перинатального поражения, тогда как при неосложнённой пневмонии подобные синдромы наблюдаются менее чем в половине случаев (41,8%).

Изучение частоты регистрации активности маркера повреждения ткани мозга – нейронспецифической энолазы у детей раннего возраста с внебольничной пневмонией и сопутствующим перинатальным поражением ЦНС показало, что ее наиболее высокое среднее значение зарегистрировано у детей с осложнённым течением пневмонии (13,71 нг/мл) и наиболее тяжёлыми проявлениями синдромов перинатального поражения ЦНС, такими как судорожный, гипертензионно-гидроцефальный, двигатель-

ных нарушений. Изучение степени выраженности синдрома эндогенной интоксикации у детей с неосложненной пневмонией показало, что у них преобладала умеренная степень нарушенного показателя средне молекулярных пептидов. В то же время, среди пациентов, у которых пневмония характеризовалась тяжелым, осложненным течением установлены преимущественно показатели, соответствующие высокой степени нарушения. (> 2 г/л), они установлены у 28 из 44 детей основной группы (63,6%; $p \leq 0,001$); в остальных 16 случаях. Исследование содержания лактата в крови у обследованных детей с пневмонией свидетельствовало об отчётливых нарушениях его допустимого содержания. Важно заметить, что более высокие значения молочной кислоты установлены среди детей основной группы, у которых наблюдалось осложненное течение заболевания. Что касается степени отклонения от норматива уровня лактата, то у больных осложненной пневмонией выявлено очень выраженное ($t \geq 13,8$) увеличение уровня лактата, а у детей с неосложненной пневмонией – умеренное ($t \geq 5,3$) его увеличение. Анализ степени отклонения от норматива содержания пирувата показал, что у детей с осложненной пневмонией имело место очень выраженное ($t < 13,8$), а у больных неосложненной пневмонией выраженное ($t < 8,1$; $p < 0,001$) увеличение пирувата. Установлено также, что значимость повышения уровня пирувата у больных осложненной пневмонией в 1,7 раза ($p < 0,001$) оказалась выше чем у пациентов с неосложненной пневмонией. Исследование митохондриального транспорта метаболизма показало, что наиболее выраженные изменения касались детей с тяжёлым, осложнённым течением пневмонии. Так, из 44 больных I группы пониженное содержание карнитина высокой степени (≤ 30 и $<$ мкмоль/л) установлено в 81,8% случаев. У остальных 8 па-

циентов этой группы (18,2%) зарегистрированы показатели с умеренной степенью нарушения (от 31 мкмоль/л до 50 мкмоль/л).

На фоне проводимой общепринятой, традиционной терапии выздоровление констатировали во всех без исключения случаях. Выздоровлению детей сопутствовала полная обратная клиническая симптоматика пневмонии в виде нормализации температуры тела, устранения проявлений интоксикационного синдрома, признаков дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Оценка эффективности коррекции нарушенного энергетического статуса у детей в разгар пневмонического процесса изучена в двух подгруппах больных с повторным биохимическим исследованием маркеров митохондриального транспорта метаболизма и функционального состояния метаболического звена клеточного энергетического обмена, которое проводилось через 10-12 дней.

Таким образом, выраженные позитивные результаты получены при определении у больных с осложненным течением пневмонии уровня общего карнитина крови, особенно в подгруппе детей, получавших дополнительно коррекцию «Агвантаром». В частности, дефицит карнитина в крови, составлявший в разгар болезни $22,9 \pm 3,7$ ммоль/л, сократился более чем в 2 раза за счёт увеличения его уровня до $48,1 \pm 4,5$ ммоль/л. Примечательно, что данный показатель, не достигая уровня нормального значения, статистически существенно уже не отличался от показателя, установленного у здоровых детей контрольной группы. В то же время в подгруппе детей, не получавших коррекцию энергетических нарушений, нарастание общего карнитина в крови оказалось менее значительным (с $24,3 \pm 3,6$ ммоль/л до $27,6 \pm 3,6$ ммоль/л) и по-прежнему достоверно отличалось от уровня здоровых детей группы контроля ($60,4 \pm 3,8$ ммоль/л; $p \geq 0,05$).

Горнаева Л.С.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ГРЫЖЕЙ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

Актуальность. По данным литературы около 20-30% подростков жалуются на боли в спине, чаще всего связанные с ювенильным остеохондрозом. Данное заболевание может осложниться экструзией межпозвонкового диска (МПД) с компрессией нервных структур спинного мозга. Важную роль в ишемизации и сдавлении корешка спинного мозга играет суженное форами-

нальное отверстие, через которое корешок выходит из позвоночного канала. Одним из методов оптимизации хирургического лечения грыжи МПД является устранение сдавления корешка спинномозгового нерва в фораминальном отверстии с использованием видеоэндоскопической ассистенции.

Цель работы: проанализировать результаты

оперативного лечения грыжи межпозвонкового диска, дополненного фораминотомией с видеондоскопической ассистенцией.

Материалы и методы.

В нашем исследовании выделено 3 группы больных, оперированных по поводу экструзии МПД поясничной области с распространением в фораминальное отверстие. Первая и вторая группы представлены взрослыми пациентами в возрасте от 22 до 52 лет, оперированных на базе нейрохирургического отделения Областной клинической больницы г. Твери. Третья группа представлена детским возрастом (13-17 лет), где оперативное лечение проводилось на базе нейрохирургического отделения Детской областной клинической больницы г. Твери. В первую группу, где оперативное лечение заключалось в стандартной микродискэктомии, вошли 18 пациентов, средний возраст которых составил 46,2 лет. Во вторую группу включено 19 больных: средний возраст 49,4 лет. Третья группа состояла из 17 подростков (13-17 лет). Во второй и третьей группах пациентов выполнено хирургическое лечение с эндоскопической ассистенцией: стандартная микродискэктомия дополнена фораминотомией под контролем 30-градусного эндоскопа проф. GAAB Karl Storz (Germany). Через небольшой доступ за счет эндоскопической техники удастся более детально осмотреть нервные структуры в труднодоступном узком фораминальном отверстии, оценить их анатомические особенности, выполнять манипуляции в области их расположения (удаление остатков грыжи диска, фораминотомия), избегая их травматизации, снижая риск послеоперационных осложнений.

Проведен анализ послеоперационных результатов у исследуемых пациентов. В первой группе у больных продолжительнее регрессировал болевой синдром, у 4 пациентов сохранялся неврологический дефицит. Не смотря на разницу в возрасте, результаты во второй и третьей группе коррелировали. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия после операции. Осложнений не отмечалось. Болевой синдром купировался на 1-2 сутки, неврологический дефицит нивелировался на 3-5 сутки.

Выводы:

1. Микродискэктомия, дополненная фораминотомией под контролем эндоскопической техники, является эффективным методом лечения экструзии МПД, позволяющим максимально деликатно выполнить декомпрессию нервных структур, удалить грыжевой компонент, избежать осложнений в послеоперационном периоде в виде продолжительного болевого синдрома, ликвореи, травматизации нервных структур.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-315-90124/19.

Городник Г. А., Ермилов Г.И., Ермилова М.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ОПЕРАТИВНОЙ УРОЛОГИИ У ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ

К когнитивным нарушениям в пожилом и старческом возрасте во всем мире относятся как к серьезной социальной проблеме. Изучение детальных механизмов их возникновения и разработка на этой основе подходов к профилактике и лечению включены в план перспективных проблемных исследований Российской академии наук на 2020-2025 гг.

Целью исследования было изучение когнитивных функций у больных пожилого и старческого возраста, при различных видах хирургического лечения для выбора наиболее безопасного вида анестезии.

Материал и методы. В исследовании приняли добровольное участие 39 мужчин в возрасте от 60 до 74 лет, которые находились на стационарном лечении в урологическом отделении Донецкого клинического территориального ме-

дицинского объединения (ДОКТМО) в период с декабря 2019 г. по сентябрь 2020 г. по поводу рака (19 больных) и доброкачественной гиперплазии (20 больных) предстательной железы. Критериями включения пациентов в исследование были: добровольное участие в исследовании; плановое оперативное лечение; пожилой возраст (60 лет и старше); отсутствие исходных выраженных когнитивных нарушений; отсутствие хронических заболеваний в стадии обострения, декомпенсации; отсутствие нарушений слуха и зрения; длительность операции не более 180 мин. Критериями исключения пациентов из исследования были: отказ пациента от исследования; наличие когнитивных нарушений; наличие поливалентной аллергии; прием антидепрессантов или седативных препаратов; эндокринологические заболевания с длительной за-

местительной терапией; психические заболевания; эпилепсия; хронические инфекции; перенесенное нарушение мозгового кровообращения в анамнезе; алкоголизм; операции на сердце и магистральных сосудах в анамнезе; длительность операции более 180 мин.; интраоперационная кровопотеря 10 мл/кг массы тела и более. В зависимости от объема хирургического лечения и вида анестезии, все больные были разделены на две группы: в 1 группу были включены 19 больных с раком предстательной железы (в возрасте 64 ± 4 лет), которым была выполнена радикальная простатэктомия под комбинированной анестезией (продленная эпидуральная анестезия 0,75% раствором ропивакаина, с внутривенной седацией 1% раствором пропофола; во вторую группу были включены 20 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (в возрасте 67 ± 7 лет), которым была проведена трансуретральная резекция предстательной железы под эпидуральной анестезией 0,75% раствором ропивакаина с внутривенной седацией 1% раствором пропофола. Для оценки когнитивного

статуса одновременно применялись две методики: Монреальская шкала оценки когнитивной функции (КФ) (MoCA) и короткая шкала оценки психического статуса (MMSE) за 24-72 часа до хирургического вмешательства и через 5-7 суток после него.

Результаты: Длительность операции в 1 группе составила 150 ± 30 мин. с объемом кровопотери 500 ± 200 мл. Во 2 группе: время операции – 90 ± 30 мин. с кровопотерей 300 ± 100 мл. Показатели гемодинамики в обеих группах были сопоставимы: АД 130-120/80-70 мм рт. ст. и ЧСС 60-70 в 1 мин. Показатели КФ в послеоперационном периоде снизились: в 1 группе: MoCA на 8,8% и MMSE на 9,1% у 4 (21,05%) пациентов, а во 2 группе MoCA на 7,7% и MMSE на 8,1% у 3 (15%) пациентов.

Выводы: Предикторами развития послеоперационной когнитивной дисфункции у возрастных пациентов является комплекс периоперационных факторов: длительность и травматичность операции, продолжительность комбинированной анестезии.

Городник Г.А., Смирнова Н.Н., Герасименко А.С., Андропова И.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», (ГОО ВПО «ДОННМУ») г.Донецк; Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОЛИНА АЛЬФОСЦЕРАТА В КОМПЛЕКСЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ РАЗРЫВА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ

Цель. С помощью медицинской экспертной системы (МЭС), включающей инструментальные исследования индивидуальных данных количественной энцефалографии (кЭЭГ) и вариабельности сердечного ритма (ВСР) в сочетании с компьютерной томографией (КТ), церебральной оксиметрией (ЦО) оценить эффективность применения холина альфосцерата (ХА) в комплексе периоперационной интенсивной терапии (ИТ) у пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями (САК) вследствие разрыва церебральных аневризм.

Обследовано 76 больных с САК вследствие разрыва церебральных аневризм. 43 пациента, группа исследования (ГИ), в дополнение к стандартному комплексу ИТ получали ХА по схеме: 2000 мг/сутки внутривенно медленно (20-40 капель в минуту).

Тяжесть состояния пациентов оценивали по классификации Hunt-Hess, глубину нарушения сознания по шкале ком Глазго (ШКГ). Всем больным проводилась КТ на аппарате PhilipsBrilliance CT, церебральная ангиография и эндоваскулярное оперативное лечение на аппарате Philips Allura Xper FD 20, мониторинг церебральной оксиметрии (rSO₂) в периоперационном периоде аппаратом INVOS – 4100 Somanetics. Энцефалографическое мониторирование в до- и послеоперационном периоде проводили с помощью системы Nihon Kohden Corporation EEG-1200K. Использован метод интегрального количественного анализа ЭЭГ-паттерна с применением интегральных коэффициентов (ИК). Реактивность мозга в ответ на фармакологическое воздействие оценивалась на основании классификации типов реакций ЦНС на фармакологическое воздей-

стве (Деклараци́нный патент на корисну модель „Способ визначення реактивності головного мозгу». Затверджено 10 листопада 2005 року. – 12188 – А61В5/0476. – Бюл.№ 1, 2006 р).

В ответ на введение препарата холина альфосцерат доминировали так называемые «гипореактивные» реакции ЦНС (III тип 36 подгруппа). Они отражают этап кортикальной активации и регистрировались у 12 пациентов ГИ, чаще при исходном выраженном нарушении с отеком-набуханием (ОН) серого и белого вещества. Реакции III 2а подгруппы – начальный период оптимизации функционирования неспецифического таламуса – были выявлены у 8 пациентов ГИ. У 2-х пациентов ГИ с исходным ОН белого вещества, билатерально была зафиксирована реакция II 2а подгруппы – со снижением суммарной ЭЭГ мощности за счет угнетения АСМ

«патологических» ритмов, что отражало восстановление подкорково-корковых взаимодействий ЦНС.

Выводы. МЭС эффективна при оценке качества периоперационной ИТ у пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями вследствие разрыва церебральных аневризм. Церебральная оксиметрия является высокоинформативной составляющей системы нейромониторинга, использование которой позволяет непрерывно и адекватно оценивать оксигенацию головного мозга. Включение в комплекс ИТ холина альфосцерата снижает степень выраженности гидратации белого и серого вещества мозга, уменьшая явления отека-набухания, способствуя оптимизации функционирования неспецифического таламуса, восстановлению подкорково-корковых взаимодействий ЦНС.

Городник Г.А.¹, Черний В.И.², Андропова И.А.¹, Назаренко К.В.³, Герасименко А.С.⁴, Андропова М.А.⁴

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», (ГОО ВПО «ДОННМУ») г.Донецк;

²Научно-практический центр профилактической и клинической медицины, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, г. Киев, Украина;

³Центральная Городская Клиническая больница № 6, отделение анестезиологии, г.Донецк;

⁴Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Представлены результаты использования медицинской экспертной системы (МЭС), созданной в 2014-2018гг на основании научно-исследовательской работы (шифр 0114U001924) кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ» для индивидуальной коррекции интенсивной терапии (ИТ) у пациентов с церебральной недостаточностью различного генеза в режиме «RealTime». Обследовали 489 пациентов: 236 – с острой церебральной недостаточностью (ОЦН) вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), 254 с ОЦН из-за тяжелой ЧМТ, 9 – с ОЦН, индуцированной гипоксией.

Этапами создания МЭС на принципах нечеткой логики были: разработка программно-аппаратного комплекса, который проводил спектрально-корреляционный анализ ЭЭГ и вариабельности сердечного ритма (ВСР) в режиме «RealTime»; выявление основных предикторов морфофункционального состояния ЦНС по данным ЭЭГ, ВСР, клинической оценки по шкалам

совместно с параметрами МКТ, церебральной оксиметрии, ТКДГ; оценка диагностической информативности показателей методом нейросетевого моделирования (60 нейронов во входном слое нейросети); алгоритмизация процесса диагностики полиэтиологической церебральной недостаточности по данным нейросетевого анализа. Был рассчитан коэффициент нейросетевого анализа (КНА) прогнозирования со следующей градацией: до 1 балла КНА свидетельствовал о возможности летального исхода; 1,01-2 балла – о вероятности формирования вегетативного состояния, 2,01-3 балла – о формировании глубокой и 3,01-4 балла – умеренной инвалидизации, 4,01-5 балла расценивались как возможность полного восстановления. При повторном исследовании на фоне ИТ с применением различных нейротропных препаратов (L-лизина эсценат, холина альфосцерат, этилметилгидроксипиридина сукцинат, цитиколина, актовегина и т.п.) увеличение КНА на 1 балл считали прогностически благоприятным признаком эффективности ИТ, на 2 и более балла – признаком благоприятного

прогноза. Отсутствие изменений КНА принимали как отсутствие необходимости в коррекции ИТ, снижение на 1 и более балл – как неэффективность и необходимость коррекции ИТ, неблагоприятный прогноз заболевания. В дальнейшем применяли МЭС для индивидуальной оценки в режиме реального времени эффективности седации у пациентов с сочетанной тяжелой ЧМТ, которые получали: 14 пациентов – дексмететомидин ($1,10 \pm 0,20$ мкг/кг/ч), 13 больных – мидазолам ($84,3 \pm 7,2$ мкг/кг/ч), 12 пациентов – пропофол ($2004,3 \pm 18,8$ мкг/кг/ч) и 10 больных – тиопентал натрия ($604,3 \pm 26,1$ мкг/кг/ч) на следующих этапах: 1-й этап – до начала седации, 2-й этап – в момент введения, 3-й этап – через 30 мин, 4-й этап – через 1 час, 5-й этап – через 1 сутки, 6-й этап – через 3 суток после начала седации, 7-й этап – на этапе пробуждения.

Было выявлено, что МЭС можно использовать для индивидуальной оценки, как эффективности ИТ ОЦН различного генеза, так и глубины и качества седации у пациентов с сочетанной тяжелой ЧМТ в режиме реального времени.

Городник Г.А.¹, Черний В.И.², Андропова И.А.¹, Осканова М.Ю.³, Герасименко А.С.⁴, Билошапка В.А.¹, Коноваленко Ю.Н.¹

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк;

²Научно-практический центр профилактической и клинической медицины, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, г.Киев, Украина

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ингушский государственный университет»;

⁴Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк;

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕВОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СЕДАЦИИ

Цель: использовать медицинскую экспертную систему (МЭС) на основании нейросетевого моделирования для оценки качества седации, сравнить результаты оценивания МЭС и BIS-мониторирования.

Проводили открытое проспективное исследование на базе отделения нейрохирургической интенсивной терапии (ИТ) Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) сотрудники кафедры анестезиологии, ИТ и медицины неотложных состояний факультета интернатуры и последипломного образования Донецкого национального медицинского университета. В 1-ю группу пациентов, получавших в качестве седативного препарата дексмететомидин (Д) в дозе $1,10 \pm 0,20$ мкг/кг/ч, вошли 13 больных с диагнозом сочетанная тяжелая черепно-мозговая травма (СЧМТ) (S00-S09 по МКБ-10).

2-я группа больных, получавших в качестве седативного препарата мидазолама (М) в дозе $84,3 \pm 7,2$ мкг/кг/ч, включала 12 пациентов с СЧМТ.

Мониторинг глубины анестезии осуществляли с помощью BIS-XP фирмы «Aspect Medical System» (США). В МЭС использовали оценку состояния по шкале ком Глазго (ШКГ), количественную ЭЭГ (кЭЭГ) (система Nihon Kohden Corporation EEG-1200K), вариабельности сер-

дечного ритма (BCP) (Ютас ЮМ 200) в сопоставлении с компьютерной и/или магнитно-резонансной томографией, транскраниальной доплерографией (ТКДГ) (аппарат Philips HD 11XE (с каналом доплера)). Исследования МЭС и BIS проводили: I этап – до начала седации, II этап – в момент введения препарата, III этап – через 30 мин после введения, IV этап – через 1 час после начала седации, V этап – через 1 сутки после начала седации, VI этап – через 3 суток после начала седации, VII этап – на этапе пробуждения. Для оценки плотности корреляционной связи между признаками рассчитывали непараметрические коэффициенты: парной (Кендалла, τ) и ранговой (Спирмена, ρ) корреляции в программе MedStat.

Результаты и обсуждения. Особенности формирования седативного эффекта препарата дексмететомидин по данным BIS-мониторирования связаны с уровнем активации ретикулярной формации верхнестевового уровня, диэнцефальных систем, неспецифических ядер таламуса, базальных ганглиев. Фармакоэффект препарата снижает уровень сочетанности височных, центральных отделов коры, что отражает падение напряженности в системах диэнцефального и лимбико-гиппокампального уровня неспецифической регуляции под влиянием дексмететомидина. Фармакологический гемодинамический

эффект препарата проявлялся кратковременным ростом ЧСС и скорости кровотока в каротидном бассейне с умеренным замедлением кровенаполнения в вертебробазилярном бассейне.

Изменение показателей BIS-индекса в случае применения в качестве седативного препарата Мидазолам достаточно точно описывает функциональное состояние ЦНС на уровне подкорковых систем, а именно – ретикулярной формации ствола мозга, и особенности интракраниального кровотока преимущественно в ВББ. Можно ска-

зать, что седация, таким образом, обеспечивается в данном случае снижением активности верхнестебельного уровня неспецифической регуляции ЦНС, в том числе и за счет падения скорости кровенаполнения ВББ (интрацеребральный гемодинамический эффект препарата).

Выводы: Применение МЭС позволяет оценивать в режиме реального времени эффективности седации в отделении нейрохирургической интенсивной терапии. Исследование продолжается.

Госман Д.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ГОРОДА ДОНЕЦКА ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Цель исследования: Оценить влияние загрязнения атмосферного воздуха города Донецка тяжелыми металлами на заболеваемость населения туберкулёзом

Основная часть: Характеристика загрязнения атмосферного воздуха свинцом, кадмием, медью и цинком осуществлялась по данным гигиенического мониторинга проводимого Донецким городским центром Республиканского центра СЭН ГСЭС МЗ ДНР в районах наблюдения за период 2010-2019 гг. Для наглядного сравнения уровней загрязнения атмосферного воздуха были выбраны два района г.Донецка, промышленный Буденновский (р.Б.) и условно чистый район Ворошиловский (р.В.). Проводилась оценка загрязнения атмосферного воздуха свинцом (ПДК=0,0003 мкг/м³), кадмием (ПДК=0,0003 мкг/м³), медью (ПДК=0,002 мкг/м³) и цинком (ПДК=0,05 мкг/м³)[2] Данные анализировались при помощи статистического пакета Medstat. Для обработки данных, полученных в процессе исследования, применялись методы описательной статистики, вычислялось значение среднего арифметического (\bar{X}) и доверительного интервала (ДИ) при $\alpha = 0,05$. При сравнении двух выборок нормально-распределения использовался критерий Стьюдента, в остальных случаях – критерий Манна-Уитни В качестве показателя здоровья была выбрана заболеваемость взрослого населения г. Донецка туберкулёзом согласно официальным учетно-статистическим формам. Анализ данных свидетельствует о том, что в атмосферном воздухе промышленного района концентрация ТМ практически не превышает соответствующих ПДК за исключением свинца, так же стоит от-

метить превышение ПДК пыли, диоксида азота, аммиака, фенола и формальдегида. Концентрация свинца согласно среднегодовых показателей колеблется от $0,00016 \pm 0,00003$ мкг/м³ до $0,00055 \pm 0,00004$ мкг/м³ и в среднем составляет $0,000578 \pm 0,00005$ мкг/м³ При сравнении полученных результатов было выявлено равномерное снижение концентраций загрязнения атмосферного воздуха ТМ в период с 2010-2019гг., если в довоенный период (2010-2013 гг.) наблюдается превышение ПДК ТМ: свинец в 1,86 раз, медь в 3,86 раз, цинк в 3,83 раз и кадмий в 1,83 раз, то в первый военный (переходный) период (2014-2016 гг.) и второй военный (стабильный) период с 2017 по настоящее время мы наблюдаем снижение показателей загрязнения ниже уровня ПДК и стабилизацию на данной отметке. В динамике переходного и стабильного периодов наблюдения концентраций ТМ в атмосферном воздухе промышленного района установлено статистически значимое снижение концентраций свинца в 6,4 раза ($p < 0,05$), кадмия в 5,9 раз ($p < 0,05$) и отмечается тенденция к дальнейшему снижению показателей. Таким образом данный анализ позволяет нам отметить некоторые закономерности загрязнения атмосферного воздуха, мы можем наблюдать как изменился уровень загрязнения из чрезвычайно загрязненного региона в условно чистый за период с 2014 по 2019 гг., достаточно короткий период, но при этом данные показатели не отражают реальной экологической картины нашего региона, регион по сегодняшний день является экокризисным так как накопленные вещества в менее мигрирующих средах продолжают воздействовать на про-

живающие здесь население, что так же осложняется активными военными действиями. В пробах атмосферного воздуха контрольного района анализируемые тяжелые металлы определяются периодически, а в некоторые периоды их концентрация практически не определялась. Средняя концентрация свинца, кадмия, меди и цинка в р.В. не превышает нормативных ПДК, как по

максимальным зарегистрированным концентрациям так и по средним показателям. Было обнаружено что увеличенное содержание свинца (Pb) и кадмия (Cd) в почвах приводит к более высокой заболеваемости туберкулезом, уровень связи характеризуется как высокая и весьма высокая +0,75 для Pb и +0,93 для Cd.

Гостюк И.М., Титиевский С.В., Воеводина В.С.

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр МЗ ДНР, Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк

АНАЛИЗ ЗНАЧИМОСТИ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ

Оценка психического здоровья мирного населения Донецкой Народной Республики, шесть лет живущего в условиях вооруженного конфликта, заслуживает особого внимания в связи с воздействием (к тому же, – длительным) как патогенных (психогенных) факторов военного времени в виде прямой угрозы для жизни, так 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). Влияние указанных факторов проявляется в возникновении как характерологических, поведенческих отклонений, так и психических расстройств (Титиевский С.В. и соавт., 2016), при которых многие лица, нуждаясь в специализированной помощи, за ней, тем не менее, не обращались. Кроме того, особенностью непсихотических форм психических расстройств является их склонность при неблагоприятных условиях обнаруживать тенденцию к формированию в ближайшем и отдаленном периодах после военных событий (которые по своим масштабам могут значительно превосходить прямые биологические эффекты самой военной ситуации – число погибших, лиц с травмами, ожогами, интоксикациями и др.) развернутых клинических форм психической и психосоматической патологии (Коханов В.П., Краснов В.Н., 2008).

С целью изучения прямых и косвенных факторов военного времени, их динамики у больных с наличием непсихотических психических расстройств и у психически здоровых индивидов в периоде ситуации в Донбассе, который может быть определен как стабилизационно-

восстановительный, нами проведено двухэтапное обследование 153 лиц, относящихся к данным категориям (в 2016 г. – 97 чел., в 2018 г. – 56 чел.), с помощью анкеты, включавшей выделенные нами 24 фактора из числа вышеуказанных, распределенные на 6 групп (патогенные факторы военного времени: прямая угроза для жизни; неблагоприятные социально-экономические условия, провоцирующие развитие психических расстройств; психологические факторы военного времени; биологические факторы военного времени; физические факторы военного времени; экологические факторы военного времени). Каждому из обследуемых предлагалось пронумеровать в иерархическом порядке (по мере убывания значимости для него) перечисленные в анкете факторы (т.е., представить рейтинг этих факторов) и оценить степень выраженности их субъективно воспринимаемого воздействия в диапазоне от 1 (минимальная степень) до 10 (максимальная степень) баллов. Установлено, что патогенные факторы военного времени (прямая угроза для жизни), преобладая в 2016 г., в 2018 г. заметно утратили свою значимость, переместившись с 1 места в рейтинге до 4-6 места. Психологические факторы, являясь в 2016 г. второй по значимости группой, в 2018 г. сохранили данную позицию. Биологические факторы, будучи в 2016 г. третьей группой по значимости, в 2018 г. стали четвертыми в рейтинге. Неблагоприятные социально-экономические условия в 2016 г. являлись четвертой группой по значимости, а в 2018 г. их рейтинг повысился: безработица и финансовые проблемы, преобладая над другими факторами по значимости и количеству их отметивших, имели равную степень выраженности с психологическими факторами. Выраженность и значимость физических и эко-

логических факторов в 2018 г. несколько снизилась по сравнению с 2016 г. Выявленная нами динамика прямых и косвенных психогенных факторов военного времени характеризует нынешний, стабилизационно-восстановительный, этап ситуации в Донбассе, совпадая с описанными в литературе периодами чрезвычайной ситуации военного времени и соответствуя им. Данная динамика, характеризуя изменение воздействия на психологическое состояние насе-

ления, сохраняет свою актуальность в течение длительного времени и оказывает прямое или косвенное влияние на возникновение психических расстройств. Вероятно, всё это подтверждает приведенное выше мнение о том, что по психотравмирующему действию и масштабам последствий изучаемый период может значительно превосходить медицинские последствия самих военных событий.

Грабарь И.В.

ГУ ЛНР « Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОДРОСТКОВ

Актуальность. За последние 10 лет распространенность метаболического синдрома стремительно возрастает как среди взрослых, так и среди детей во всем мире. Среди населения развитых стран

он развивается у каждого пятого взрослого. Изначально метаболический синдром (МС), включающий в себя симптомокомплекс метаболических, гормональных и психосоматических нарушений, в основе которых лежит абдоминально-висцеральное (центральное) ожирение с инсулинорезистентностью и компенсаторной гиперинсулинемией, описывался как исключительно «взрослый» феномен. Однако, сегодня проявления МС широко распространены в детской и подростковой популяции и имеют четкую тенденцию к увеличению и очень часто переходят во взрослую жизнь. По данным ряда авторов, признаки МС диагностируются у 30-50% подростков с ожирением. Это обусловило необходимость внедрения понятия «метаболический синдром» в педиатрическую практику, разработки международных критериев диагностики. В настоящее время диагностика метаболического синдрома у детей и подростков основана на Согласованных критериях, предложенных Международной диабетической федерацией (IDF) в 2007 году. Согласно этим критериям краеугольным камнем диагноза метаболический синдром является абдоминальное ожирение, оцениваемое по центильным таблицам окружности талии. Абдоминальное ожирение было принято за основной критерий, основываясь как на патогенезе синдрома, так и на эпидемиологических исследованиях, в которых было показано, что окружность талии наиболее тесно коррелирует с прочими проявлениями метаболического синдрома. Согласно критериям IDF метаболический синдром не формируется в

возрасте до 6 лет, а в возрасте 6-10 лет можно говорить только о группе риска формирования метаболического синдрома, постановка диагноза детям в этом возрасте неоправданна. Диагноз МС в возрасте 10-16 лет может быть установлен при наличии абдоминального ожирения, сопровождающегося двумя или более дополнительными патологическими сдвигами: повышение триглицеридов; снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП); повышения АД; гипергликемия. Для подростков старше 16 лет используются критерии, используемые у взрослых.

Цель исследования: изучить особенности метаболических нарушений у подростков с ожирением и патологией сердечно-сосудистой системы, и разработка практических рекомендаций, направленных на коррекцию этих нарушений.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 33 пациента (23 мальчика и 10 девочек), которые находились на лечении в ревматологическом отделении с первичной артериальной гипертензией (АГ) и ожирением (ИМТ>97 перцентилья). Средний возраст подростков составил 14,7 лет. Проводилось комплексное обследование, которое включало сбор анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления (АД), клинические исследования крови, мочи, кала, биохимическое исследование сыворотки крови, исследование гормонального профиля, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, щитовидной железы и забрюшинного пространства, КТ/МРТ надпочечников и головного мозга (по показаниям).

Результаты и их обсуждение. 20 детей (60,6%) страдали ожирением в течение более 3 лет. У 18 (54,5%) больных выявлялось сочетание абдоминального ожирения (АО) с двумя дополнительными компонентами (повышение АД, и/

или повышение уровня глюкозы натощак, и/или повышение триглицеридов (ТГ), и/или снижение холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – неполный вариант МС. У 2 (6%) подростков отмечался полный вариант МС в виде сочетания всех компонентов. Абсолютное большинство детей (27- 82%) имели наследственную отягощенность по ожирению, сахарному диабету 2 типа и гипертонической болезни.

Выводы. Исходя из нашего исследования, в подростковом возрасте формируются риски развития метаболического синдрома, что требует

пристального внимания врачей. Учитывая, что лечение детей с ожирением, осложненным МС, представляет определенные сложности (возрастные ограничения применения многих лекарственных средств, а также медленной динамичностью самого процесса снижения веса и нормализации метаболического статуса), основным подходом к коррекции гормонально-метаболических нарушений должно быть использование немедикаментозных средств, направленных на уменьшение массы тела – изменение стереотипов питания, отказ от вредных привычек и повышение физической активности.

Гречишкина Т.Ф., Кувенева М.Л., Дубовая Г.А.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ДЕЙСТВИЯ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ДЕЙСТВИИ ЭПИХЛОРГИДРИНА

Слизистая оболочка желудка представляется функционально и морфологически сложным образованием, реагирующим как на изменения внутренних факторов в организме, так и изменение факторов внешней среды. Целью исследования явилось изучение морфологических изменений со стороны желез слизистой желудка при моделировании хронической интоксикации эпихлоргидрином – ведущим компонентом эпоксидных смол.

Исследование выполнено на 30 лабораторных крысах популяции Вистар массой 180 – 250 г обоего пола. Животных содержали в стандартных условиях вивария. Для воспроизведения токсического эффекта хронического стресса использовали динамическую заправку лабораторных животных эпихлоргидрином (10 ПДК). Коррекцию проводили препаратами с антиоксидантными свойствами: кверцетином, нобеном, экстрактом эхинацеи пурпурной. Длительность эксперимента составила 2 месяца.

Для гистологического исследования использовали слизистую оболочку фундальной и пилорической частей желудка, фиксированную в 10%-ном растворе нейтрального формалина. Выявляли содержание нейтральных и кислых гликозамингликанов ШИК-реакцией по МакМанусу и окраской альциановым синим. Для проведения морфологических исследований срезы окрашивали гематоксилин-эозином. Использовали основные морфометрические критерии оценки слизистой оболочки желудка:

определяли толщину слизистой желудка, число поверхностно-ямочных клеток, эпителиоцитов в главных железах и их эпителиальную формулу. Все полученные в исследовании цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ.

Длительное токсическое действие эпихлоргидрина характеризуется декомпенсацией в системе антиоксидантной защиты и активацией реакций перекисного окисления. Это явилось причиной значительных структурно-функциональных изменений слизистой оболочки желудка. Существенное уменьшение толщины слизистой желудка (на 33,8%), ослабление ее защитных свойств, резкое снижение секреторных элементов главных желез и уменьшение в них числа (на 39,1%), прежде всего, париетальных клеток (на 17,3%) – все это указывает на ослабление дифференцировки клеток, на серьезное нарушение структурного гомеостаза.

Применение препаратов с антиоксидантными свойствами позволило существенно снизить токсический эффект эпихлоргидрина. При этом реакция со стороны клеточных элементов желез желудка при использовании различных антиоксидантов была неоднозначной. Так, на фоне введения кверцетина наблюдалось сохранение соотношений железистых клеток в эпителиальной формуле, с одной стороны, и углубление желудочных желез (на 11,59%), с другой стороны. Это связано с усилением протекторных свойств

поверхностно-ямочного эпителия. Использование в качестве корректора нобена, обладающего выраженным антигипоксическим эффектом и стабилизирующего окислительное фосфорилирование в клетках, позволило сохранить морфометрические показатели на уровне интактных

животных. При применении экстракта эхинацеи пурпурной на фоне ингаляционного действия эпихлоргидрина сокращалась длительность действия эпихлоргидрина на показатели толщины слизистой оболочки фундального отдела желудка и количества главных клеток.

Гридасов В.А., Домашенко О.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

УНИВЕРСУМ КАК НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пандемия COVID-19 наглядно демонстрирует недостатки систем здравоохранения по всему миру. Постоянно возникающая необходимость перепрофилирования очередной больницы (или даже зданий, не относящихся к учреждениям здравоохранения) под «ковидарию», то есть создание инфекционного коечного фонда, вынужденная работа врачей различных специальностей в качестве «узкопрофильных инфекционистов», кризис службы скорой медицинской помощи, дефицит средств индивидуальной защиты и технического оснащения. При анализе пандемии COVID-19 особенно важным является понимание масштаба проблематики недостатка коек инфекционного профиля. Считается разумной и довольно однозначной точкой зрения, гласящая об отсутствии необходимости в обширном инфекционном коечном фонде во времена без эпидемиологических катастроф. При этом практически у всех стран, страдающих от пандемии, было несколько месяцев для комплексной подготовки своих систем здравоохранения под нужды современности, но коллапс коечного фонда оказался неизбежным. Одним из заключений, следующих из анализа деятельности систем здравоохранения, является возможность переосмысления подходов к планировке лечебных учреждений еще на этапе проектирования

строительства. Представляется возможным разработка концепции, суть которой – создание многофункциональных корпусов – «Универсума», состоящего из модульных взаимозаменяемых элементов. Каждая структурная единица должна иметь возможность оперативного развертывания кислородных транспортных систем, например, по межмодульным соединениям, которые в свою очередь, могут быть оснащены шлюзовыми нишами для разграничения потенциальных «чистых» и «грязных» зон, также целесообразным стоит считать создание дополнительных дверных проемов для экстренного перепрофилирования модуля в комплекс Мельцеровских боксов. Структура «Универсума» позволит в кратчайшие сроки трансформировать поликлиники в стационары, терапевтические отделения в хирургические. Учитывая же множество и разнообразие факторов, которые могут инициировать будущие пандемии (биологические и медицинские исследования, появление в современности древних микроорганизмов вследствие таяния ледников, биотерроризм), целесообразность и даже строгая необходимость реализации моделей унификации и взаимозаменяемости отдельных элементов здравоохранения является бесспорной и актуальной уже сейчас.

Гридасов В.А., Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Куропятник В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИННОВАЦИОННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ИНИЦИИРОВАННЫЙ ПАНДЕМИЕЙ COVID-19

Пандемия COVID-19 обнажила ряд проблем в системах здравоохранения всего мира: дефицит средств индивидуальной защиты (СИЗ), дефицит аппаратов для оксигенации, дефицит

врачей и медицинских работников. При этом недостаточное количество врачей, фельдшеров, медицинских и младших медицинских сестер обусловлено как первичным дефицитом, так и

тем обстоятельством, что по ряду причин (малая изученность новой инфекции, большое количество бессимптомных носителей, легких и стертых форм, недостаток СИЗ и др.) медработники вынуждены уходить на самоизоляцию, усугубляя сложившееся положение. Причем это не только врачи-инфекционисты, врачи интенсивной терапии, врачи скорой помощи, но и специалисты других направлений, которые имели контакт с подозрительными или подтвержденными случаями COVID-19. Речь идет о том, что вследствие пандемии затрудняется процесс оказания медицинской помощи пациентам с другими заболеваниями, заболевают или уходят на самоизоляцию терапевты, эндокринологи, неврологи, кардиологи, хирурги и врачи других специальностей. Принимая во внимание этот фактор, мы предлагаем инновационный взгляд на реализацию программ телемедицины – введение mHealth, т.е. мобильного здравоохранения, под которым подразумевается врачебная практика и практика общественного здравоохранения, поддерживаемые устройствами мобильной связи, такими как мобильные телефоны, устройства для наблюдения за состоянием здоровья пациентов, карманные персональные компьютеры и другие устройства беспроводной связи. С учетом того, что покрытие мобильным 4G интернетом составляет более

80% территории Донецкой Народной Республики, целесообразно рассмотреть возможность инновационной оптимизации телемедицины в нашем регионе. Суть нашего предложения отражается в следующем: разработать специализированное новое программное обеспечение, поддерживающее видеосвязь, или использовать существующие приложения (популярные мессенджеры) для проведения видеоконсультаций на дому в формате «врач и пациент», «врач и врач-специалист» (например, терапевт и инфекционист) посредством технологии мобильного интернета; разработать новое или использовать существующее программное обеспечение для оформления документации (приложения для сканирования и конвертации посредством фотокамеры мобильного телефона или создание факсимиле для подписей больничных листов, историй болезни). К сожалению, доступные на данный момент технологии аудиовоспроизведения или визуализации не могут выступать в роли полноценной замены очного контакта с пациентом, а также у нас присутствует понимание того, что реализация данных программ сопряжена со многими трудностями, однако предлагаемые нами меры могут существенно снизить нагрузку на систему здравоохранения.

Гринцов А.Г., Седиков И.Е., Совпель И.В., Совпель О.В., Румянцева И.В., Шаповалова Ю.А

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Донецкая Народная Республика
Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, МЗ ДНР, г.Донецк, Донецкая Народная Республика

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Появление большого количества оперативных способов коррекции ГПОД не привело к выработке единой тактики в хирургическом лечении данной патологии. Не смотря на уже имеющиеся многочисленные результаты исследований и данные мета-анализов, одним из наиболее спорных вопросов является выбор способа формирования фундопликационной манжетки. Основными конкурирующими методиками являются фундопликация по Ниссену и по Тупе.

Цель исследования. Анализ непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненными гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, в зависимости от выбора способа фундопликации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ непосредственных результатов лечения 171 пациента, страдающих грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, осложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Показаниями к хирургическому лечению были: клинически, рентгенологически и эндоскопически подтвержденные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; неэффективность в течение более 3 месяцев консервативной терапии гастроэзофагеального рефлюкса; наличие клинически значимых экстрапищеводных проявлений грыж пищеводного отверстия диафрагмы и ассоциированной с ней гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Все пациенты оперированы в объеме лапароскопической круорографии,

дополненной фундопликацией по Ниссену (109 пациентов) либо по Тупе (62 пациента).

Результаты и обсуждение. Летальных исходов после выполнения оперативных вмешательств не отмечено. Среднее время выполнения лапароскопической грыжепластики с фундопликацией составило $141 \pm 21,1$ минут. В группе, где применена фундопликация по Ниссену, частота интраоперационных осложнений составила 9,2% (11 пациентов), частота послеоперационных осложнений была 8,3% (9 пациентов), функциональная дисфагия в раннем послеоперационном периоде отмечена у 24(22%) пациентов. В отдаленном периоде через 5 лет после оперативного вмешательства рецидив гастроэзофагеального рефлюкса отмечен у 6(5,5%) пациентов, анатомический рецидив – у 13(11,9%). Стойкая длительная дисфагия в позднем послеоперационном периоде отмечена у 8 пациентов (7,3%). В группе, где применена фундопликация по Тупе, частота интраоперационных осложнений со-

ставила 11,3%(7 пациентов), частота послеоперационных осложнений была 6,5%(4 пациента), функциональная дисфагия в раннем послеоперационном периоде отмечена у 8(12,9%) пациентов. В отдаленном периоде через 5 лет после оперативного вмешательства рецидив гастроэзофагеального рефлюкса отмечен у 8(12,9%) пациентов, анатомический рецидив – у 13(11,9%). Стойкая длительная дисфагия в позднем послеоперационном периоде отмечена в 3,2% (2 пациентов).

Выводы. Выбор способа фундопликации значимо не повлиял на длительность оперативного вмешательства, частоту интраоперационных и послеоперационных осложнений, продолжительность нахождения в стационаре, удельный вес ранней функциональной дисфагии, а так же количество неудовлетворительных результатов в отдаленном периоде, в том числе рецидива и дисфагии.

Грядущая В.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Военные действия в Донбассе резко ухудшили социально – экономическую и политическую обстановку в регионе, в связи с чем пациенты с трофическими осложнениями в виде некроза, гангрены, обширных трофических язв зачастую несвоевременно обращаются к комбустиологам и сосудистым хирургам. Это значительно осложняет восстановление кровотока и требует длительного и упорного лечения. В связи с этим мы разработали комплексную систему хирургической реабилитации данной категории больных, позволившую сохранить конечность, резко сократить сроки восстановительного лечения и значительно улучшить качество жизни.

В течение 2017 – 2020 гг. в ожоговом и сосудистом отделении находилось на лечении 35 больных с критической ишемией нижней конечности IV степени. Среди них мужчин было 23, женщин – 12. Возраст пациентов от 32 до 87 лет, средний возраст 64,8 (+/-22). Облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей страдали 16 человек, диабетической ангиопатией – 14, острая ишемия ПБ – ША степени была у 5 (острый тромбоз – 3, эмболия – 2). 30 пациентов страдали различными сопутствующими заболеваниями: ИБС, атеросклеротический и постин-

фарктный кардиосклероз – 21 (СН 1 – 7, СН 2 – 11); гипертоническая болезнь 2-ой – 3-ей ст. – 21; , ХОЗЛ – 4; язвенная болезнь 12-перстной кишки – 2; ХСМН 4-й ст-1; другие заболевания – 7. У большинства этих пациентов было по 2- 3 сопутствующих заболевания.

Первым этапом – проводилось комплексное дообследование с дальнейшим выполнением реконструктивно-восстановительных операций и эндоваскулярные вмешательства на артериях нижних конечностей. Полное восстановление кровотока достигнуто у всех 35 больных.

В условиях ожогового отделения после восстановления кровотока, демаркации и очищения ран проводилась хирургическая реабилитация. Всего с этой целью выполнено 64 хирургических вмешательств. При этом 18-ти пациентам закрытие тканевых дефектов производилось в несколько этапов. Так по 2 операции перенесли 13 пациентов, 3 операции – 1, 4 операции – 3 и 5 операций – 1.

На первых этапах проводилась также и VAC-терапия подготовка ран к аутодермопластике или другим видам пластического закрытия: этапная некрэктомия (НЭ) – 3; НЭ + вскрытие затёков – 2; НЭ+VAC-дренирование – 3; НЭ +

реваскуляризирующая остеотрепанация (РОТ) пяточной кости – 2; некрофасциотомия – 1; остеонекрэктомия – 1. У большинства больных выполнялась одномоментная операция: НЭ + аутодермотрансплантация – 10; НЭ + пластика местными тканями – 1; НЭ + комбинированная кожная пластика – 2; остеонекрэктомия + аутодермотрансплантация – 1; иссечение язвы + РОТ б/берцовой кости + аутодермотрансплантация – 1; иссечение язвы + аутодермотрансплантация – 10; иссечение язвы + комбинированная кожная пластика – 2, иссечение язвы + пластика местными тканями – 2; ультразвуковая кавитация + комбинированная кожная пластика – 1; аутодермотрансплантация – 6; ампутация дистальной части стопы – 7; ампутация пальцев стопы – 7; наложение вторичных швов – 1.

У 28 из 35 пациентов раны ликвидированы полностью, у 4-х – выполнены грануляционной

ткани с частичным приживлением трансплантатов на момент выписки с перспективой полного заживления в амбулаторных условиях. Этим больным потребовалась повторная госпитализация для ликвидации ран. У одного пациента после нескольких неудачных попыток закрытия очень большой трофической язвы пришлось выполнить ампутацию нижней конечности на уровне бедра, 2-м больным рекомендована ампутация по месту жительства. Таким образом, у 32 из 35 (91%) пациентов удалось сохранить конечность и добиться заживления обширных ран.

Созданная нами система комплексной хирургической реабилитации пациентов с критической ишемией конечностей позволяет значительно сократить сроки лечения больных улучшить качество жизни пациентов и сохранить конечность на длительный срок.

Гушан Э.С., Довгялло Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОТИВОРАКОВЫЕ АГЕНТЫ МОРСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Рак остается одной из основных проблем для общественного здравоохранения во всем мире. Обычные формы лечения рака включают хирургическое вмешательство, лучевую терапию и химиотерапию. В настоящее время химиотерапия опухолевых заболеваний переживает революцию в связи с появлением все большего числа целевых препаратов, повышением эффективности лечения, уменьшением побочных эффектов и улучшением качества жизни пациентов.

Несмотря на значительный арсенал лекарств, доступных для химиотерапии рака, и терапевтический успех различных схем лечения, существующие методы лечения не всегда дают ожидаемые результаты, поскольку часто имеют место рецидивы опухоли и ее метастазирование. Поэтому поиск соединений с большей селективной способностью и меньшим количеством побочных эффектов, высокой терапевтической эффективностью и низким индексом резистентности для лечения рака имеет первостепенное значение.

Обладая беспрецедентным молекулярным разнообразием, натуральные продукты всегда были источником множества лекарственных препаратов и продуктов для поддержания здоровья на протяжении всей истории человечества, от традиционных лекарств до современных подходов к открытию молекулярных лекарств. Сегодня около 40% всех продаваемых на рынке лекарств

получают из природных соединений (напрямую или посредством синтетических модификаций). С другой стороны, лекарства морского происхождения составляют меньшинство, поскольку их эксплуатация началась только в 1970-х годах, однако не вызывают сомнений широкие перспективы их применения, поскольку химическая новизна и разнообразие природных продуктов морского происхождения превышает таковые из наземных источников. По сравнению с наземными природными продуктами химическое и фармакофорное разнообразие морских природных соединений остается в основном неиспользованным. Хотя морские запасы естественной сокровищницы биологически активных соединений начали изучаться совсем недавно, это уже привело к внедрению в клинику ряда важных лекарств. Семь фармацевтических препаратов на основе соединений, имеющих морское происхождение, уже одобрены для клинической практики, внедрение 23-х находится на стадии клинических испытаний между фазами I и III, более тысячи соединений, выделенных из морских организмов, проходят доклинические исследования. Следует отметить, что среди соединений, полученных из морских организмов и используемых в настоящее время в клинической практике, четыре применяются для лечения рака: цитарабин, трабектидин, эрибулин мезилат и конъюгированные антитела брентуксима абведотин.

В контексте открытия и разработки противоопухолевых лекарственных средств, акцент по противораковому скринингу должен сместиться с доминирующего в настоящее время поверхностного анализа цитотоксической активности против выбранных линий рака *in vitro* на поиск кандидатов для таргетной терапии. Действительно, хотя раковые опухоли были мишенью обширных проверок натуральных продуктов как источника лекарств, эти усилия до сих пор в основном приводили к появлению химиотерапевтических агентов, обладающих общей цитотоксичностью. Такие агенты сильнее влияют на

метаболически активные и пролиферирующие опухолевые клетки, но также токсичны для здоровых клеток пациента. Напротив, разработка таргетных методов лечения является новым направлением противораковых исследований. Таргетные препараты являются селективными для раковых клеток и имеют меньшую или нулевую токсичность в отношении здоровых тканей, поскольку они влияют на клеточные механизмы, такие как онкогенные сигнальные пути, которые избирательно действуют в раковых клетках и являются инструментами для пролиферации, выживания и метастазирования.

*Давыдова Т.О.¹, Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Онищенко Е.В.^{1,2},
Варибрус С.А.^{1,2}, Захарова О.В.^{1,2}, Голубова Т.С.²*

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

РОЛЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА В ПОЧЕЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Цель: анализ потребности в перитонеальном диализе с учетом специфики деятельности Донецкого трансплантационного центра.

Материалы и методы: оценена статистика распространения перитонеального диализа в мире в сравнении с другими методами почечной заместительной терапии, изучены истории 12 пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, которые в течение прошедшего года лечились перитонеальным диализом в условиях Центра.

Результаты: согласно современным стандартам все пациенты с терминальной стадией хронической почечной недостаточности должны рассматриваться как потенциальные кандидаты на трансплантацию почки, потому что она позволяет обеспечить большую продолжительность, лучшее качество жизни и менее затратна, чем диализ. Согласно обобщенным данным по 120 странам, в которых проживает 99% больных получающих почечную заместительную терапию, гемодиализом лечатся 68,7%, перитонеальным диализом – 8,5%, с удовлетворительно функционирующим почечным трансплантатом наблюдались 22,8% пациентов. Соотношение различных методов заместительной терапии в отдельных странах колеблется. В Австралии, Великобритании, Норвегии, Финляндии, Швейцарии, Швеции трансплантация почки превалирует над диализом. В Австрии, Бельгии, Дании, Испании, Канаде, Нидерландах трансплантация почки приближается по своей распространенности к диализу. В структуре почечной заместительной

терапии в нашем Центре гемодиализ проводили 47% больных, перитонеальный диализ – 4%, с функционирующим почечным трансплантатом наблюдались 49% пациентов. Основанием для проведения перитонеального диализа в Центре были отсутствие возможности выполнения додиализной трансплантации почки, отсутствие свободных гемодиализных мест, отсутствие возможности создания полноценного сосудистого доступа, сердечная недостаточность, угроза отслойки сетчатки и потери зрения на фоне гепаринизации при проведении гемодиализа пациентам с диабетической нефропатией. У 5 из 12 пациентов лечившихся перитонеальным диализом имел место длительный (более 20 лет) сахарный диабет. Основными преимуществами перитонеального диализа была постоянная, на протяжении суток, ультрафильтрация, отсутствие дополнительной нагрузки на сердечно-сосудистую систему и резких колебаний биохимических показателей, более надежный контроль гипертензии, исключение гепаринизации, сохранение на более длительный срок остаточной функции почек, а следовательно: более высокий уровень гемоглобина и более высокий клиренс веществ, играющих роль в патогенезе уремии. Так же есть ряд социальных преимуществ, а именно возможность проведения заместительной терапии больным, проживающим далеко от Центра, свободный график, не препятствующий непрерывной трудовой деятельности. По клинической эффективности перитонеальный диализ не уступал гемодиализу. Двум пациентам, лечившимся

перитонеальным диализом, выполнена успешная трансплантация почки от родственных доноров. Противопоказаниями для ведения перитонеального диализа были обширные оперативными абдоминальные вмешательства в анамнезе или неблагоприятные социально-бытовые условия и окружение пациентов. Сдерживающими факторами для увеличения пула пациентов на перитонеальном диализе являются кадровый дефицит, отсутствие надежной материально-технической

логистики, его относительная дороговизна, отказ ряда пациентов от данного формата лечения в связи с непониманием и неверием в его возможности.

Выводы: перитонеальный диализ является эффективным методом почечной заместительной терапии, который может использоваться у отдельных категорий пациентов как этап в подготовке к трансплантации почки или как самостоятельный метод лечения.

*Данилов Ю.В., Денисенко А.Ф., Ляшенко Е.Г., Боева И.А.,
Ермаченко Т.П., Тищенко А.В., Ладария Е.Г.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР, г. Донецк

МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ БАЗА ПРЕПОДАВАНИЯ ОСТРОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Острая профессиональная патология всегда предполагает развитие возникающих нарушений в органах и системах организма при воздействии за короткий срок больших доз или концентраций повреждающего агента различной этиологии (химической, физической, психо-эмоциональной и пр.) и формированием нарушений, выраженность которых обусловлена силой влияния повреждающего фактора. При этом в системе внешних компенсирующих мероприятий важная роль отводится использованию лечебных процедур медикаментозного, физиотерапевтического и другой формы направленности действия, связанных с ликвидацией органических или микроорганических нарушений в органах и системах. Поэтому преподавание студентам данных аспектов профессиональных заболеваний всегда связано с полученными ранее знаниями на кафедрах терапевтического профиля, в том числе и по неотложной помощи. Все это позволяет обучить студентов составлять программы лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на скорейшую ликвидацию острых изменений, возможное снижение рисков развития ближайших нарушений в жизненно важных органах. Целью этих мероприятий является разрыв формирующихся порочных патогенетических кругов с вовлечением систем, первоначально не связанных с воздействием какого-либо неблагоприятного производственного характера по точкам его приложения.

Для нашего промышленного региона острая профессиональная патология находит свое выражение преимущественно во влиянии факторов химической этиологии, обусловленных аварийными ситуациями на промышленных производствах. Среди этих факторов наибольший удель-

ный вес принадлежит воздействию угарного газа, образование которого происходит при неполном сгорании углеродсодержащих веществ, в первую очередь угля. Результатом первичной сортировки таких пораженных при отсутствии грубой хирургической или травматологической патологии является обязательное применение метода гипербарической оксигенации в сочетании с медикаментозными препаратами специфического, симптоматического или общетерапевтического действия. Студенты при изучении острой профессиональной патологии должны быть ориентированы на применение лечебных процедур, связанных с возможным активным противодействием влиянию или минимизацией влияния повреждающего фактора, поскольку все нарушения в органах и системах возникают в организме с нормальными показателями здоровья, закрепленными при профосмотрах

На практических занятиях моделируется сортировка пострадавших, оказание неотложной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, составление индивидуальных планов лечебно-диагностических мероприятий. В последующем это позволяет моделировать учебную врачебно-экспертную комиссию, на которой студентами исполняются роли пациента, лечащего врача, заведующего отделением, председателя комиссии, медицинского представителя Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Это позволит студентам, используя индивидуальный подход к каждому пострадавшему на производстве, на практике применить знания не только по острой профессиональной патологии, но и по экспертизе трудоспособности, медико-социальной реабилитации.

Данилов Ю.В., Шевченко Т.И., Мотков К.В.

ГОО ВПУ «Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького»
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БАЙЕСА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ (НА ПРИМЕРЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ)

Целью работы является апробация метода Байеса для совершенствования диагностики влияния производственных негативных факторов. Объектом для исследования выбраны половые органы мужчин-ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, проживавших на территории Донецкой области Украины и Донецкой Народной Республики. Происшедшая в 1986 году эта радиационная авария еще много лет будет существенной составляющей в экономических затратах нашего государства, в отвлечении экономики здравоохранения нашей молодой Республики от насущных проблем, связанных с финансированием выполнения текущих задач и создания своей народной системы здравоохранения.

Половые органы (предстательная железа и яички) являются органами-мишенями при развитии дистрофических процессов вследствие как общих заболеваний, так и влияния многих внешних химических и физических причин. Эти органы входят в систему развития первичных проявлений тяжелых длительно протекающих хронических заболеваний, составляющих тетраду Шварца. Для оценки состояния половой системы разработаны критерии изучения её функционирования, полученные на основе анализа количественного морфологического исследования составляющих паренхимы, стромы, сосудистого русла, иммуногистохимических параметров соединительной ткани органов.

Актуальность исследования обеспечивается глубиной анализа многокомпонентности пора-

жения ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС-жителей Донецкого промышленного региона, которые до или после участия в ликвидационных работах подвергались влиянию многих негативных производственных факторов предприятий каменноугольного производства. Нами составлены схемы исследований каждой составляющей чернобыльского радиационного фактора, обуславливающие изменения структуры органов-мишеней при влиянии радиации. Данные разработки могут быть успешно использованы при оценке воздействия других неблагоприятных экологических причин, а также и при изучении влияния этих причин на другие органы. Экстраполяция разработанных параметров на живых людей позволяет практически использовать данные результаты не только в морфологической диагностике поражения внутренних органов при радиационном воздействии, но и при составлении социальных программ, связанных с планированием семьи и увеличением народонаселения крупных промышленных регионов. Выводы получены на основании анализа использования морфологических методов, могут быть применимы в любой гистологической лаборатории и адаптированы к деятельности лаборанта. Использование гистологических методов исследований, приводящее к раскрытию социальной направленности проблемы, свидетельствует о глубокой практичности полученных результатов и перспективности дальнейших исследований, необходимость которой подчеркивается данными проведенной работы.

Данилова Е.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕТЕРОАГРЕССИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Происходящие в нашем обществе глубокие социально-экономические, духовно-нравственные перемены выдвигают целый ряд проблем, одной из которых является прогрессирующая жестокость, агрессивность несовер-

шеннолетних. Актуальность выбранной темы исследования не вызывает сомнений, поскольку рост проявления агрессивного поведения, вызывает тревогу всего общества. В тоже время, несмотря на повышенный интерес к указанной

проблематике, в медицинской литературе нет единой точки зрения на механизмы агрессивного поведения (АП), как нет и единого определения этого понятия.

Проблеме агрессии посвящен ряд исследований как в отечественной (Беличева С.А., 1993; Смирнова С.В., 2006; Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1990; Румянцева Т.Г., 1992; Семенюк Л.М., 1998 и др.), так и зарубежной (Berkowitz Z., 1974; Buss A., 1961; Dodge K.A., 2010; Haskins R., 1985; Lorenz K., 1967 и др.) литературе. В современных источниках выделяют два различных понятия – «агрессия» и «агрессивность». А.А. Реан (2014) акцентирует внимание на том, что под агрессивностью следует понимать свойство личности, выражающееся в готовности к агрессии, а под агрессией – определенные действия, причиняющие ущерб другому объекту.

Проявления агрессии могут наблюдаться в виде: 1) аутоагрессии или агрессии по отношению к объектам окружения или другим людям (гетероагрессии); 2) физической агрессии или агрессивных разрядов в вербальном или символическом плане; 3) эпизодических вспышек, имеющих нестойкий характер; 4) типичного способа реагирования.

И.Ю. Кулагина (2002) соотносит агрессивные тенденции подростков с тем, что они не умеют выстраивать взаимоотношения со своими сверстниками и контролировать свое нормативное поведение, связывая все эти проявления с их личностными особенностями. И. Лалаянц (2008),

наоборот, отмечает, что АП подростков связано с их взаимоотношениями в семье. С.Л. Соловьева (2004) рассматривает агрессивность как системное социально-психологическое свойство, формирующееся в процессе социализации личности и приобретающее в зависимости от воздействующих биологических, психологических, социальных факторов конструктивный (социализированный) или деструктивный (не социализированный) характер. А.Е. Личко и В.С. Битенский (1991) отмечают: «...В подростковом возрасте, в период полового созревания, поведение в значительной мере определяется характерными для этого периода жизни реакциями эмансипации, группирования со сверстниками, увлечениями (хобби) и формирующимся сексуальным влечением...»

Изучение специфики гетероагрессии у подростков позволяет сделать следующие выводы: агрессия – признак неприспособленности к социальной среде отчётливо проявляющийся в подростковом возрасте; наиболее агрессивны те подростки, за поведением которых никто не следит, которые предоставлены сами себе (испытывают дефицит внимания), и те, которые подвергаются суровым наказаниям; АП во многом определяется непосредственным окружением ребенка: друзьями, учителями, родителями; наиболее агрессивные личности отвергаются большинством в своей группе, поэтому они находят друзей среди агрессивных сверстников; АП подростков, как правило, сопровождается слабым развитием социальных и когнитивных навыков.

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АНОВУЛЯТОРНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Актуальность. На сегодняшний день проблема бесплодия широко предстает не только с медицинской точки зрения, но и, безусловно, она имеет важный социальный аспект. Беременность, которая наступила после лечения бесплодия, часто протекает на фоне различных акушерских осложнений.

Цель исследования. Изучить гормональные особенности течения I триместра беременности у пациенток с ановуляторным бесплодием.

Материалы и методы. Проведено определение уровней эстрадиола, прогестерона и кортизола в сыворотке крови у беременных женщин с одноплодной беременностью в первом триместре. Все пациентки были разделены на группы:

I группу составили 30 женщин с ановуляторным бесплодием, у которых беременность наступила после применения вспомогательных репродуктивных технологий. Во II группу вошли 30 женщин с бесплодием, связанным с отсутствием овуляции, у которых беременность наступила после гормональной стимуляции. Контрольную группу составили 30 беременных женщин со спонтанно наступившей беременностью.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что уровень эстрадиола в I и II группах был достоверно выше, чем в контрольной ($134,42 \pm 17,34$, $119,87 \pm 18,11$ и $72,11 \pm 7,12$ пг/мл соответственно). Аналогичная тенденция отмечена по содержанию кортизола в сыворот-

ке крови ($22,75 \pm 4,41$, $18,46 \pm 3,21$ и $10,41 \pm 1,072$ мкг/дл соответственно). А концентрация прогестерона была несколько ниже в I и II группах относительно контрольной группы ($21,73 \pm 5,81$, $24,72 \pm 4,02$ и $28,78 \pm 4,41$ нг/мл соответственно). Указанные особенности гормонального фона у обследованных женщин мы связываем с видом лечения бесплодия, а именно, применением контролируемой стимуляции овуляции с помощью гонадотропинов или кломифена цитрата, что может привести к гиперэстрогении, а повышенный уровень кортизола – с наличием гиперандрогении у беременных I и II групп. Содержание про-

гестерона у женщин с бесплодием в анамнезе незначительно отличался от контрольной группы за счет, скорее всего, назначения препаратов прогестерона у данной категории женщин в I триместре беременности.

Выводы. Беременность у пациенток с ановуляторным бесплодием протекает на фоне значительных гормональных отклонений. Это требует серьезной гормональной коррекции в первом триместре беременности для вынашивания беременности с минимальными акушерскими рисками.

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ВО II И III ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Частота бактериального вагиноза у беременных составляет 37-42,2%. По данным литературы, бактериальный вагиноз вдвое повышает риск преждевременных родов. При возникновении данной проблемы до 16 недель беременности риск преждевременных родов в 7 раз выше, чем у беременных без бактериального вагиноза. При появлении данного заболевания на 20-34 неделе беременности риск преждевременных родов возрастает на 53%. Согласно рекомендациям международных организаций, «золотым стандартом»

терапии бактериального вагиноза является метранидазол или клиндамицин. Беременность, которая протекает на фоне вагинального дисбиоза, сопровождается высоким риском акушерских и перинатальных осложнений.

Цель исследования. Оценить терапевтическую эффективность вагинальных суппозиториев «Гайнекс форте» у беременных, страдающих бактериальным вагинозом во II и III триместрах беременности.

Материалы и методы. Было обследовано 100 беременных женщин во II и III триместрах беременности, у которых был выявлен бактериальный вагиноз. Бактериоскопическое обследование вагинальных выделений проводилось с помощью количественной полимеразной цепной реакции в режиме реального

времени с использованием тест-системы «ФЛЮРОЦЕНОЗ». Беременные были разделены на две группы: основная группа – 50 беременных пациенток, которые получали лечение

в виде вагинальных суппозиториев «Гайнекс форте» (каждый суппозиторий содержит метронидазол 750 мг + миконазол 200 мг); группа сравнения – 50 беременных пациенток, которые получали санацию влагалища хлоргексидином. Длительность терапии составляла 7-10 дней. Эффективность терапии оценивали с помощью клинических и лабораторных критериев после завершения курса лечения, через месяц, а также по частоте осложнений гестационного периода.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинико-лабораторные показатели после завершения курса лечения в обследуемых группах были одинаковы (100% в обеих группах), а через месяц наблюдения – 98% в основной группе и 92% – в группе сравнения. У женщин основной группы частота осложнений гестационного периода была ниже, чем в группе сравнения. Осложнения во время беременности 8% и 20% соответственно, осложнения родов и послеродового периода 18% и 38% соответственно. Обращало на себя внимание, что частота преждевременного разрыва плодных оболочек была ниже в основной группе – 15%, чем в группе сравнения – 25%. Препарат «Гайнекс форте» хорошо переносился, отмены его не было.

Выводы. Полученные результаты указывают на высокую эффективность при применении предложенного препарата «Гайнекс форте» в суппозиториях. Дают возможность обоснованно назначать его при бактериальном вагинозе во II и III триместрах беременности. Препарат хорошо переносится пациентками.

Дегтярев О.Л.¹, Шестаков А.М.³, Красенков Ю.В.², Кузнецов В.Д.⁴

¹РостГМУ, кафедра Хирургических болезней №4

²РостГМУ кафедра Оперативной хирургии и клинической анатомии

³МБУЗ ЦРБ Веселовского р-на Ростовской области

⁴МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского р-на Ростовской области

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ТЕР) В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Методы эндовидеохирургического лечения паховых грыж снискали свое признание повсеместно. При выборе эндоскопической операции предпочтение следует отдать ТЕР (рекомендации Европейского Общества Герниологов, опубликованные в журнале *Hernia* в 2018 г). Выполняя ТЕР операции в условиях небольшого хирургического отделения ЦРБ, мы столкнулись с рядом проблем, успешным решением которых хотим поделиться в настоящем сообщении. В работе представлен опыт выполнения ТЕР герниопластик пациентам с паховыми грыжами в хирургическом отделении ЦРБ Веселовского района Ростовской области. В отделении эти операции выполняются с 2013 года. К настоящему времени выполнено 40 ТЕР операций. Проведен анализ выполненных вмешательств. В 10 случаях нами выполнены ТЕР с помощью баллонов-диссекторов. 8 раз первичную полость создавали эндоскопом. 22 операции выполнили по запатентованной нами методике - патент на изобретение №2626556 «Способ экстраперитонеальной эндоскопической герниопластики». При этом в 6 случаях при прямых паховых грыжах удалось полностью выполнить операцию, не прибегая к необходимости установки 3го порта. В одном случае, используя баллон-диссектор, мы получили перфорацию брюшины и выполнили конверсию в трансабдоминальную герниопластику. Безбаллонные попытки с шарящим эндоскопом (8 операций) каждый раз были сопряжены с первоначальной трудной тоннельной

анатомией, в одном случае возникли сложности с анатомическими ориентирами – первоначальный слой диссекции оказался поверхностнее эпигастральных сосудов. Этот опыт заставил искать способ создания операционной полости иным надежным и недорогим способом. Так в нашем методе предложен для этих целей инструмент – клинок-диссектор (его устройство подробно описано в патенте). Создав с его помощью достаточную полость, мы продолжаем операцию общепринятым способом – диссекция в латеральном направлении с определением необходимых анатомических ориентиров, ставим 2ой 5 мм троакар, выводим грыжевой мешок из грыжевого канала и укладываем полипропиленовую сетку 15x10 см без раскроя, фиксируем скрепками «Гера» по медиальному и верхнему краю или не фиксируем вовсе. При этом, к этапу постановки 2го 5 мм порта, удаляем клинок-диссектор и в видео-порт ставим простой 10мм троакар. Результаты – продолжительность операций не превышала 105 минут, в среднем – 60+/-7 мин. В группе ТЕР по запатентованной методике мы не отмечали осложнений в течение периода наблюдения от 1 мес до 6 лет. Операции, выполненные с баллоном-диссектором – одна конверсия в ТАРР. Выводы: считаем, что предложенный нами вариант ТЕР может быть успешно применен на этапе освоения методики, позволяет сэкономить на дорогостоящих баллонах-диссекторах, операция оптимальна пациентам с прямыми паховыми грыжами.

Дегтярь Е.С., Ерошенко С.Ю., Колесников Д.А., Туренко С.А., Кондуфор О.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ ПСИХОЗОМ И ВЫРАЖЕННОЙ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Проблема суицида затрагивает все группы пациентов с психическими расстройствами. Больные эндогенно-процессуальными психозами являются наиболее уязвимыми вследствие высокой социальной дезадаптации. Шизоаф-

фективное расстройство является уникальным в плане сочетания аффективной патологии и острой психотической симптоматики, поэтому больные с этой болезнью имеют повышенный риск суицида.

Целью нашего исследования было определение степени риска самоубийства у пациентов с шизоаффективным расстройством и выраженной депрессивной симптоматикой.

Исследование проводилось с участием 25 пациентом с диагнозом: шизоаффективное расстройство, смешанный тип. Все пациенты находились на лечении в психиатрических отделениях ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР. Средний возраст больных составил $37,5 \pm 5,6$ лет, среди них: 8 мужчин и 17 женщин. Диагнозы верифицированы с использованием критериев МКБ-10. Было выделено две группы пациентов: 1-я – пациенты без выраженной депрессии ($n=15$), 2-я – пациенты с выраженной депрессией ($n=10$). С пациентами проводилось клиническое интервью, изучались анамнестические данные. Для изучения суицидального риска применялась методика MSSSI, выраженность позитивных и негативных симптомов оценивали с помощью PANSS. Разделение пациентов по выраженности депрессивных симптомов проводилось с помощью шкалы MADRS (20-34 баллов – выраженная депрессия). Статистически данные обрабатывались

в программе «Статистика 12.5». Для проверки достоверности использовался критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проведен с применением критерия Спирмена. ($p \leq 0,05$).

Сравнение результатов теста MSSSI показало, что пациенты с более выраженной депрессивной симптоматикой имели больший риск суицида (на 13 баллов больше, $p < 0,05$). Также данная категория пациентов имела больший балл по субшкале позитивных (на 2,5 балла, $p < 0,05$) и негативных (на 3,2 балла $p < 0,05$) симптомов PANSS. Анализ взаимосвязей позволил выявить прямую высокую корреляцию между баллом MSSSI и шкалой негативных симптомов ($r=0,712$, $p < 0,05$). Субшкала позитивной симптоматики показала среднюю прямую взаимосвязь с баллом по MSSSI ($r=0,552$, $p < 0,05$). Между собой шкалы PANSS имели высокую прямую корреляцию ($r=0,787$, $p < 0,05$).

По результатам исследования можно сделать выводы, что больные с шизоаффективным расстройством и выраженной депрессивной симптоматикой имеют более высокий риск суицида, чем пациенты без нее.

Демешева С.Г., Яковлева Э.Б., Сметанина С.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД ИНТЕНСИВНОГО РОСТА

Актуальность вопросов профилактики нарушений менструальной функции на фоне ростового скачка обусловлена тем, что в дальнейшем нередко развиваются стойкие нарушения репродуктивной функции.

Цель данного исследования было изучить особенности психологической реакции девочек-подростков с нарушением менструальной функции (НМФ) на фоне ростового скачка.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 127 девочек-подростков в возрасте 11-16 лет с НМФ, которые составили основную группу и 45 – здоровых девочек-подростков, вошедших в контрольную группу.

Результаты и обсуждение. Нами проводилось психо-диагностическое исследование девочек-подростков основной и контрольной групп. Исследование проходило в утренние часы в изолированном просторном помещении с нормальной температурой и освещенностью. Продолжительность обследования не превышала 1,5-2 часа и проводилось индивидуально в два дня: 1 день – структурированное интервью, тест на выяв-

ление особенностей самооценки по методике Дембо-Рубинштейн (модификация Прихожан) (Т. Дембо в 1962 году и дополненный С. Рубинштейн в 1970 году), цветовой тест Люшера (М. Люшер, 1949г.); 2 день – СМИЛ (стандартизованный метод исследования личности). Использовались два метода: беседа, как наиболее адекватный метод, и тестирование или психологический эксперимент. В ходе беседы существенно дополнялись и развивались те представления о психологических особенностях конкретной девушки с нарушением менструальной функции на фоне интенсивного роста, которые сложились у наблюдавшего её подросткового акушера-гинеколога. Конечной целью беседы было выявление социально-психологических трудностей, вызванных нарушениями менструальной функции в период ростового скачка, определение ведущей мотивации и позиции личности в условиях создавшейся ситуации.

Для определения самооценки использовалась шкала Дембо-Рубинштейна с привлечением примеров, близких к половому, возрастному

и интеллектуальному уровню испытуемых. Для оценки конструктивных величин принимались вертикальные отрезки длиной 10 см, расположенные на отдельных карточках. После завершения теста строился индивидуальный профиль интегральной самооценки. Среднее арифметическое по каждой шкале вычислялось отдельно в процентах. Изменения психических составляющих эмоциональной сферы личности оценивались по 8-цветовому тесту Люшера, для количественной обработки выборок была использована экспресс-методика Юрьева-Филимоненко.

Исследования характерологических особенностей девочек-подростков проводились по тест-опроснику Г. Шмишека, К. Леонгарда (Методика Акцентуации характера и темперамента личности (Г. Шмишек, К. Леонгард, 1970г.) показали, что у девочек-подростков основной и контрольной группы преобладающими типами акцентуации личности были возбудимый – 35,3±3,3% и 35,3±3,4% соответственно и педан-

тичный тип – 33,3±3,3% в основной и 21,7±4,3% в контрольной группе ($p < 0,05$). Остальные типы акцентуации характера у девочек-подростков как основной, так и контрольной группы встречались значительно реже: так, эмотивный тип выявлялся у 8,1±1,9% в основной и 14,1±3,6% в контрольной группе, демонстративный тип был характерен для 6,5±1,7% основной и 11,9±3,4% контрольной группы, циклоидный выявлялся у 7,1±1,8% основной и 13,0±3,5% контрольной групп, смешанный – у 9,5±2,1% и 15,2±3,7%, соответственно, в их соотношениях достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, нарушения менструальной функции на фоне интенсивного роста развивались чаще у девочек-подростков с возбудимым и педантичным типами акцентуации характера. Хотя наличие любых других характерологических особенностей личности не исключает возможности развития нарушений менструального цикла.

Демкович О.О., Колесникова А.Г., Максимова М.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ АКТУАЛЬНОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ КАЛЕНДАРЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ СТОЛБНЯКА

В 1969 году японские ученые анализировали заболеваемость столбняком в мире и обратили внимание, что заболеваемость в разных точках мира значительно отличается. Мы говорим не о смертности, которая, несомненно, находится в прямой зависимости от экономического развития государства, в котором регистрируется и качества оказания медицинской помощи. Проведя анализ, специалисты из Японии пришли к выводу, что выявленная заболеваемость регистрируется в странах, где преобладает «черноземная» почва и как следствие развита сельскохозяйственная деятельность.

В связи с этим ученые разделили государства на те, которые имеют высокий риск заболеваемости и более низкий шанс заболеть столбняком. Территория Донецкой Народной Республики (ДНР) относится к районам с высоким риском заболеть, как в связи с составом почвы, так и с профессиональным контингентом (шахтеры, металлурги и другие).

Анализируя заболеваемости столбняком в Донецком регионе с 1971 по 2020 года, отмечаем периодичность в 3-5 лет и весенне-летнюю сезонность. Самая высокая заболеваемость регистрировалась в 1971 году 0,2 случая на 100тыс. населения, а в 2020 году уже выявлен 1 случай

заболевания у ребенка 8 лет.

Ежегодно в мире продолжают регистрироваться десятки тысяч случаев столбняка. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2017 году было поражено столбняком – более 12,4 тысяч. А в 2015 году, согласно оценкам экспертов, около 209000 человек заболели и более 56000 заболевших умерли от столбняка. В России с 2002 по 2012 год столбняком болели 213 человек (8-35 в год), из них 70 случаев были с летальным исходом. Согласно Росстату, в 2014 году от него умерли четыре жителя России, в 2017-м – два. По данным, приведенным выше, можно подсчитать, что в России в указанные годы умирал каждый третий заболевший. За 2019 год в Украине зафиксировано 5 случаев столбняка, один из которых закончился смертью больного. Об этом сообщает Центр общественного здоровья Минздрава. Двое из пяти заболевших – дети.

Современная терапия снижает летальность до 15-20 процентов, но в развивающихся странах этот показатель может достигать более 50 процентов. Однако следует отметить, что течение заболевания чаще тяжелое с последующими многочисленными осложнениями и инвалидизацией. В связи с этим, в Африканских странах

смерть от столбняка новорожденных регистрируется отдельно.

Актуальность столбняка обусловлена его особенностями: повсеместное распространение, общая восприимчивость, отсутствие иммунитета даже после перенесенного заболевания, тяжелое и очень тяжелое течение болезни с высокой летальностью (на данный момент около 15-20% заболевших погибает). Так, единственной профилактической мерой выступает вакцинация

АКДС (международная аббревиатура DTP – комбинированная вакцина против дифтерии, столбняка и коклюша). Все компоненты АКДС-вакцины формируют иммунный ответ у 95% прививаемых пациентов. Вакцина против столбняка, по завершении первичного курса прививок, формируют иммунитет длительностью около 10 лет, что объясняет необходимость в ревакцинации по истечению этого периода времени.

Демяненко А.А., Семений В.Я., Колосова Т.А., Бодаченко К.А.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк, ДНР

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ АРТРИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Проблема гнойно-септических осложнений в травматологии и ортопедии все еще далека от своего окончательного разрешения. Гнойный артрит (ГА) представляет собой быстро прогрессирующую патологию. Ежегодная частота ГА составляет 2-10 случаев на 100 000 населения, а среди больных с ревматоидным артритом и иммунодефицитными состояниями достигают 30-70 на 100 000. Лечение ГА остается довольно актуальной и не решенной до конца проблемой современной травматологии и ортопедии.

Целью данной работы было проведение ретроспективного анализа эффективности лечения больных ГА коленного сустава, находившихся на лечении в клинике костно-гнойной инфекции. В работе представлены результаты лечения пациентов с ГА коленных суставов, находившихся на лечении в клинике костно-гнойной инфекции в период с 2000 по 2019 годы. В исследуемую группу вошел 61 пациент. Для верификации диагноза больным на базе клиники выполнялись клинические, рентгенологические, микробиологические исследования.

В исследовании преобладали мужчины от 18 до 58 лет, трудоспособного возраста 43 (70,5%). Среди обследованных больных у 46 человек (75,4%) был выявлен первичный ГА, у 15 пациентов (24,6%) был диагностирован вторичный ГА. Первично помощь 34 больным (55,7%) была оказана по месту жительства, из них 15 пациентам после оказания первичной помощи были введены внутрисуставно глюкокортикостероиды (ГКС). Средний срок между появлением симптомов и диагностикой септического артрита составил $10,9 \pm 1,6$ суток. До поступления в клинику в 21 случае (34,4%) пациентам в стационаре по месту жительства проводились пункции, вскрытие, дренирование пораженного коленного сустава. При проведении бактериологических

исследований возбудители были выявлены у 42 пациентов (68,8%), из них в 38 (90,5%) случаях имели место грамположительные бактерии и в 4 (9,5%) – грамотрицательные. В общем анализе крови определялись признаки гнойного воспаления: увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появление палочкоядерных нейтрофилов.

При поступлении в клинику всем пациентам выполнялось вскрытие, дренирование переднего отдела коленного сустава, с установкой сквозных полихлорвиниловых (ПХВ) дренажей в верхнем и нижнем заворотах. Сустав обильно промывался антисептиками на водной основе. Дренирование проводилось до момента полной санации сустава. При развитии эмпиемы и распространении гнойного процесса в подколенную ямку одновременно выполнялись задняя и передняя артротомии. В послеоперационном периоде производилась иммобилизация конечности в физиологическом положении и продолжалась до полного купирования воспалительного процесса. В периоперационном периоде пациентам проводилась антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия. При получении данных о микробном пейзаже, производилась коррекция антибактериальной терапии. Длительность терапии варьировалась от 7 до 10 суток. Так же проводилась комплексная консервативная терапия, направленная на коррекцию выявленных в результате дополнительных обследований нарушений. Она включала в себя введение сосудистых препаратов, проводилась коррекция липидного и углеводного обменов, гиперметаболических нарушений, противовоспалительная и обезболивающая терапия, иммунокоррекция. В раннем послеоперационном периоде начиналось проведение физиотерапии, полностью исключив использование тепловых процедур.

Купирование воспалительного процесса при проведении комплексного лечения удавалось достичь к $12 \pm 0,9$ суткам. После проведенного лечения в 42 (68,8%) случаях удалось достигнуть полного выздоровления и возврата пациента к трудовой деятельности, рецидивов гной-

ного воспаления не отмечалось. У 15 (24,6%) пациентов имела место открытая санация сустава с артродезированием последнего. В 2 (3,3%) случаях добиться купирования воспалительного процесса не удалось, в связи с чем больным выполнена ампутация.

Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Данилов Ю.В., Боева И.А., Тищенко А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ НА КАФЕДРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ С ЦЕЛЮ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Возрастающие требования к повышению качества подготовки будущих врачей тесно связаны с совершенствованием учебного процесса, методикой преподавания и приближения к реальной обстановке предстоящей врачебной деятельности. Особая роль в этом отводится учебно-исследовательской работе, элементы которой необходимо широко использовать на практических занятиях, прививая студентам навыки самостоятельной работы и умение использовать на практике приобретенные теоретические знания.

Основным практическим навыком, который должны приобрести студенты на цикле профессиональных болезней, является умение установить категорию заболевания.

Эта цель достигается в два этапа: на первом – студенты получают теоретические знания и знакомятся с документами, необходимыми для установления связи заболевания с условиями труда; на втором – изучая нозологические формы профессиональной патологии, студенты курируют тематических больных и устанавливают причинно-следственную зависимость развития заболевания и профессией в каждом отдельном случае. При этом детально изучаются истории болезней больных, работающих во вредных и опасных условиях труда, у которых развилось заболевание, входящее в список профессиональных, но которое на доклиническом этапе отно-

сится к категории общих.

Каждый студент делает заключение по конкретному случаю. Для достижения лучшего взаимопонимания между студентами и анализом изучаемого материала проводится групповое обсуждение какого-либо вопроса по теме занятия. Оптимальное количество участников – 4-5 человек. Объединение в малые группы проводится таким образом, чтобы в каждой группе были студенты с разным уровнем подготовки, определяющимся на основе предварительного тестирования.

Перед обучающимися ставится проблема и выделяется определенное время, в течение которого они должны подготовить аргументированный ответ. Преподаватель может устанавливать правила проведения группового обсуждения – задавать определенные рамки обсуждения, ввести алгоритм выработки общего мнения.

Оценка совместной деятельности предусматривается одна на группу. Таким образом, все члены группы заинтересованы в хорошем результате, который складывается из успехов каждого члена группы.

Наш опыт показывает, что проведение занятий в виде учебно-исследовательской работы способствует развитию у студентов практических навыков и творческого мышления по анализу и синтезу полученных результатов.

Денисенко А.Ф., Ляшенко Е.Г., Боева И.А., Ермаченко Т.П., Тищенко А.В., Данилов Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР, г. Донецк

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ПРОИЗВОДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – ВЫЯСНЕНИЕ РОЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ

Оказание профпатологической помощи занимает свое особое место в системе оказания

медицинской помощи населению в любом государстве прежде всего потому, что это залог со-

хранения трудового потенциала и соответственно уровня экономического развития, обеспечивающего качество жизни.

Статистические показатели профессиональной заболеваемости не отражают истинную ее картину в связи с низким уровнем выявления патологии по разным причинам и отчасти потому, что часть профессиональных заболеваний маскируется в общие заболевания, приводящие к смерти на рабочем месте или инвалидности. Далеко не всегда можно четко и легко определить связь заболевания с работой. Существует большое количество заболеваний, которые связаны напрямую с условиями труда и профессией и вызваны вредными и (или) опасными факторами производственной среды и трудового процесса, но они не относятся к списку профессиональных заболеваний.

Характерной особенностью условий труда на современных промышленных предприятиях является: отсутствие ведущей профессиональной вредности; одновременное воздействие нескольких производственных факторов, значительно превышающих пороговые значения ПДУ; постоянная смена действующих факторов и интенсивности их воздействия в течение трудового процесса.

В последние годы одновременно с относительно стабильным уровнем профессиональной заболеваемости на промышленных предприятиях стала прогрессивно повышаться общая заболеваемость. В структуре нарушений здоровья работников на лидирующие позиции постепенно выходят неспецифические в этиологическом отношении заболевания, в развитии которых влияние низких уровней мультифакторного воздей-

ствия является независимым фактором риска. В подавляющем большинстве это полиэтиологические общие соматические заболевания, такие как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь и др. Такие заболевания можно отнести к производственно обусловленным – «Work related diseases».

Обсуждая вопросы гармонизации профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний с позиций медицины труда, особенно на фоне повсеместно нарастающей устойчивой тенденции к формированию дефицита трудовых ресурсов возникает настойчивая необходимость в модернизации системы охраны здоровья работников, с акцентом на организованные контингенты промышленных предприятий.

Для обеспечения реализации комплекса мероприятий по сохранению здоровья здоровых работников, внедрения системы управления профессиональными рисками, необходима разработка и принятие правового акта, определяющего систему и политику в области охраны здоровья работников. Переориентация служб безопасности труда и охраны здоровья работников на первичную профилактику охраны здоровья здорового работника, оптимизация структуры промышленной медицины, послужит сохранению здоровья, и, в конечном итоге, укреплению экономики.

Необходимо также подчеркнуть, что сегодня перед медициной труда ставится задача выяснение роли производственных факторов в развитии наиболее распространенных «неспецифических» полиэтиологических заболеваний, не имеющих маркеров именно профессионального поражения.

Денисов В.К.^{1,2}, Комисаренко Э.Э.²

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

МИФЫ, ЛОЖНЫЕ И ПОДЛИННЫЕ ЦЕЛИ В СФЕРЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ

Первые успешные трансплантации органов в 50-х – 60-х годах прошлого века выполненные за рубежом были встречены обществом с энтузиазмом. По мере развития трансплантационных технологий в средствах массовой информации начали появляться материалы по дискуссионным вопросам – критериям смерти и надежности их удостоверения при посмертном органном донорстве, по торговле органами, по трансплантационному туризму и другим. Чаще всего эти

однотипные, примитивные и бездоказательные сюжеты возникали вследствие невежества и погони за сенсациями.

В экономически развитых странах максимальная открытость и проведение на государственном уровне информационных кампаний в процессе становления трансплантологии сняли напряжение и привели к появлению общественного доверия.

В нашем регионе эти процессы находятся на

начальном этапе. Мифы и специфические региональные предрассудки в сфере трансплантации органов часто доминируют и рожают ложные цели. Высказываются опасения, что выполнение трансплантаций в рамках информационной войны может привести к негативным последствиям в политической, экономической, социальной сферах и поэтому необходимо сосредоточить усилия на организации оказания трансплантационной помощи в других странах. Якобы необходимы медицинские исследования, касающиеся статистической возможности совпадения антигенов совместимости с учетом малочисленности местного населения. Обсуждается необходимость разработки концептуальных вопросов и трансплантационных стандартов отдельно для нашего региона. На эти вопросы давно даны адекватные профессиональные ответы, но не все считают нужным это знать.

Прогресс нельзя остановить, но его можно затормозить неудачными идеями, необоснованными планами и некорректными решениями, в то время как развитие трансплантологии в мире, и в том числе Российской Федерации, идет семимильными шагами.

Первая трансплантация почки была выпол-

нена нами 17 апреля 1986 года после получения официального разрешения Минздрава СССР, которому предшествовал ряд правительственных решений СССР основанных на наличии необходимой базы в Донецке и возможности распространения опыта трансплантаций на областной уровень. После столичных городов г.Донецк был первым областным центром, в котором началось оказание этой высокотехнологической помощи. Наше нынешнее отставание не может быть оправдано войной или недофинансированием. Имеющиеся возможности позволяют работать более эффективно путем создания соответствующей Государственной Программы, которая позволит обозначить перспективы, касающиеся подготовки специалистов, материально-технического обеспечения, ремонтных и строительных работ.

Выводы: трансплантация органов должна рассматриваться как приоритет развития регионального здравоохранения с созданием соответствующей Государственной Программы. Это позволит сохранить специалистов, обеспечить стабильность работы Донецкого трансплантационного центра и самостоятельность региона в оказании данной помощи.

Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Кириллов Р.А.²

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ОРГАННОГО ДОНОРСТВА

Цель: определение перспектив развития региональной модели органного донорства.

Материалы и методы: изучено региональное законодательное обеспечение органного донорства и посмертные эпикризы пациентов лечившихся в течение последнего года в отделениях интенсивной терапии (ОИТ) больниц являющихся базами органного донорства.

Результаты: в Донецкой Народной Республике трансплантационная деятельность осуществляется в рамках постановления Совета Министров ДНР №1-1 от 10.01.2015 г. «О внесении изменений в Постановление Совета Министров Донецкой Народной Республики «О применении законов на территории ДНР в переходный период №9-1 от 02.06.2014 года». Согласно данному Постановлению «Законы и другие правовые акты, действовавшие на территории Донецкой Народной Республики до вступления в силу Конституции Донецкой Народной Республики, применяются в части, не противоречащей Кон-

ституции Донецкой Народной Республики. Ответственность за подготовку проектов законов и нормативных правовых актов возложена на министров соответствующих министерств». До вступления в силу Конституции ДНР трансплантационная деятельность на ее территории осуществлялась в рамках соответствующего, ранее принятого Закона и необходимых правовых актов.

Тем не менее, несмотря на отсутствие запрета, посмертное органное донорство в ДНР в последние годы реализуется лишь в единичных случаях в связи с недопониманием важности посмертного донорства и сомнениями в своей правовой защищенности, как организаторов здравоохранения, так и анестезиологов отделений интенсивной терапии, невропатологов, нейрохирургов и судмедэкспертов.

Для организации эффективного посмертного органного донорства Минздраву ДНР необходимо издать адресные распоряжения, касающиеся

всех участников донорского процесса (организаторов здравоохранения, анестезиологов, невропатологов, нейрохирургов, судмедэкспертов) и предполагающие конкретизацию их обязанностей и соответствующий контроль за их выполнением. Данный регламент должен через соответствующих внештатных специалистов МЗ ДНР быть доведен до непосредственных исполнителей, а его соблюдение должно учитываться при их аттестации. Для эффективного решения проблемы посмертного донорства очень востребовано создание рабочей группы профильных специалистов, оперативная высококвалифицированная работа юристов при поддержке и под контролем руководства МЗ ДНР. Конкретизация задач и ответственности всех участников донорского процесса будет способствовать формированию командного подхода к его реализации на основе взаимной поддержки и уважения. Мотивацией и стимулами для продвижения посмертного донорства может стать дополнительная первоочередная материально-техническая и ад-

министративная поддержка специалистов принимающих действенное участие в реализации всех этапов донорского процесса.

Дополнительным резервом для выполнения необходимых диагностических мероприятий при подозрении на смерть головного мозга при сохранном кровотоке может стать создание на базе одного из государственных учреждений здравоохранения выездной консультативной бригады с участием анестезиолога, невропатолога или нейрохирурга, оснащенной необходимым оборудованием.

Выводы: в ДНР есть все необходимые условия для создания современной региональной модели посмертного органного донорства. Для ее эффективной работы необходима разработка и издание распоряжения МЗ ДНР «О совершенствовании организации органного донорства», включающего регламенты, положения и отчетно-учетные формы, касающиеся медицинской помощи методом трансплантации.

Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Комисаренко Э.Э.¹, Онищенко Е.В.^{1,2}, Голубова Т.С.², Захарова О.В.^{1,2}, Варибрус С.А.^{1,2}, Давыдова Т.О.¹, Талан А.С.²

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

ВЛИЯНИЕ РАЗНОНАПРАВЛЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОНЕЦКОГО ТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Цель: анализ результатов и оценка перспектив развития региональной службы трансплантации органов.

Материалы и методы. С апреля 1986 по октябрь 2020 года в трансплантационном центре ДОКТМО выполнено 737 трансплантаций почек. Из всех реципиентов 103 были отнесены к группе высокого риска (дети, диабетики, повторные трансплантации и другие). Применялись современные протоколы отбора, донорского, интра- и послеоперационного обеспечения пациентов. Продолжается подготовка к трансплантации печени и поджелудочной железы. Под диспансерным наблюдением в Центре находились также 120 пациентов после трансплантации почек, печени, сердца, кишечника, костного мозга, выполненных в других лечебных учреждениях, в том числе ближнего и дальнего зарубежья.

Результаты. Анализ показал, что на протяжении последних 20 лет, благодаря накоплению опыта и внедрению современных стандартов, результаты трансплантации почки в Центре аналогичны тем, которые описаны в больших базах данных (United Network for Organ Sharing,

Scientific Registry of Transplant Recipients и других). Годичная выживаемость реципиентов с высоким риском в Центре составила 92,2%. Максимальный срок удовлетворительной функции пересаженной нами почки превысил 30 лет. Мониторинг продолжается. Максимальное время, прошедшее с момента пересадки почки в Центре до успешных родов у женщин-реципиентов составило 11 лет. Очевидно, что обеспечение успешного проживания реципиентом своего биологического цикла является достижимой целью, и логично было бы сделать данную помощь более доступной, поскольку ею обеспечены лишь 1-2% нуждающихся в ней жителей Донбасса. Тем не менее, в последние два десятилетия трансплантационная активность снизилась. Этому способствовало законодательное введение «презумпции информированного согласия» на посмертное донорство и сокращение его доли в органном донорстве с 99,7% до 41,6% случаев, на фоне увеличения частоты менее эффективного по сравнению с посмертным – живого родственного донорства. Другими причинами стагнации данного направления являются

отрицательная кадровая селекция последних лет, некорректные управленческие решения, несовершенная логистика и сложившийся порядок общественных взаимоотношений, при котором спасение жизни перестает быть приоритетом. Значительное улучшение результатов трансплантаций почек в парадоксальном сочетании со снижением трансплантационной активности вызывает социальное напряжение и требует для разрешения возникшего противоречия скоординированных действий политиков, работников здравоохранения, пациентов и общества в целом. Начиная с 2017 года, в учебные планы студентов 6 курса медицинского университета включен цикл «Трансплантология». Это обеспечит в перспективе оптимизацию междисциплинарного взаимодействия специалистов. Приоритетом для оптимизации работы Центра является

совершенствование материально-технической логистики, административная коррекция и поддержка региональной модели органного донорства.

Выводы. Трансплантация органов является перспективным направлением в связи с высоким спросом и принципиальной возможностью его удовлетворения. Выживаемость пациента и трансплантата после пересадки почки определяется профессиональным опытом персонала. Уровень трансплантационной активности зависит от общественного мировоззрения и административной поддержки. Региональная перспектива развития данного раздела в ближайшие годы будет определяться качеством местных управленческих решений, в более отдаленном будущем – общемировым прогрессом.

*Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Онищенко Е.В.^{1,2}, Захарова О.В.^{1,2},
Голубова Т.С.², Варибрус С.А.^{1,2}, Давыдова Т.О.¹*

1ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР
2Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Цель: оценка эффективности диализа и трансплантации почки для определения оптимального алгоритма почечной заместительной терапии при диабете.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 96 пациентов с диабетической нефропатией в трансплантационном центре ДОКТМО. Только гемодиализ проводился 61 больному, только перитонеальный диализ проводился 4 больным. Трансплантация почки выполнена 31 пациенту (первая – в 2006 году), из них: 7-ми – без ведения диализа, 20 – до пересадки лечились гемодиализом, 4 – перед трансплантацией находились на перитонеальном диализе. Среди трансплантационных реципиентов у 22 – имел место сахарный диабет I типа, у 9 – сахарный диабет II типа. В 29 случаях трансплантация выполнена от родственного, в 2-х – от трупного донора. Проведение почечной заместительной терапии было начато пациентам с давностью заболевания сахарным диабетом от 1 до 29 лет, в среднем $16,8 \pm 2,7$ лет. Средний возраст больных к началу лечения составил $41,3 \pm 2,3$ года. Вес трансплантационных реципиентов был от 41 до 112 кг. Максимальная суточная доза инсулина составила 150 ЕД.

Результаты: особенностью клинического течения заболевания перед началом заместитель-

ной терапии было наличие выраженных отеков, вплоть до анасарки при сравнительно невысокой концентрации креатинина в крови ($0,3-0,6$ ммоль/л) и сохраненном диурезе, лабильное течение диабета, снижение в 1,5-2 раза потребности в инсулине, склонность к гипотонии во время проведения диализа и выраженной гипертензии в междиализном периоде. Однолетняя выживаемость пациентов лечившихся только диализом составила 52%. Наиболее частыми причинами смерти были: инсульт, сердечная недостаточность, гангрена конечностей, пневмония, сепсис, вследствие флегмоны мягких тканей, желудочное кровотечение. Продолжительность жизни пациентов с момента начала диализа составила в среднем $20,9 \pm 3,9$ мес. У 22 пациентов имела место потеря зрения. После пересадки почки у всех пациентов отмечена первичная функция трансплантата, нормализация уровня креатинина и гемоглобина в крови, а также артериального давления с быстрой нормализацией общего самочувствия. Индукция иммуносупрессии проводилась с применением моноклональных антител к CD-25 рецепторам, стероидов, циклоспорина или такролимуса в сочетании с микофенолатами. Поддерживающая иммуносупрессия включала циклоспорин или такролимус в сочетании с микофенолатами. Умерло двое больных, один

– в связи с кровотечением через 34 дня после операции вследствие воспаления в зоне артериального анастомоза, второй пациент умер через 7 месяцев после пересадки от сепсиса на фоне пиелонефрита трансплантата. Таким образом, однолетняя выживаемость реципиентов составила – 93,1%. Максимальный срок нормальной функции почечного трансплантата и удовлетворительной реабилитации составляет – 13 лет, наблюдение продолжается. С учетом мирового опыта одновременная трансплантация почки и поджелудочной железы без лечения диализом или на ранних этапах такого лечения должна

рассматривается как цель, достижение которой позволит получить наилучший результат при диабетической нефропатии с уровнем реабилитации соответствующим качеству жизни здорового человека. Реализация данной программы требует хорошо налаженного регионального посмертного органного донорства.

Выводы: трансплантация почки позволяет значительно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни пациентов с терминальной стадией диабетической нефропатии в сравнении с гемодиализом.

Дерябина Э.А.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ КИСТИ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ УТРАТЫ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Основываясь на изучении литературы последних 10 лет, определить эффективность восстановления функций кисти и в частности пересаженного первого пальца, его чувствительности и эстетичного вида, (после травматической его утраты) у детей.

Материалы и методы. Проанализирована зарубежная и отечественная литература (26 источников) по проблемам восстановления функций кисти у детей после травматической утраты первого пальца. Изучены анамнезы пациентов, методики пересадки, процессы заживления и реабилитации. Изучены статьи и публикации по данной теме на таких ресурсах как: PubMed, cyberleninka.ru, elibrary.ru, электронные научные журналы «Креативная хирургия и онкология», «Современные проблемы науки и образования».

Результат. Тематика реконструкции функции кисти после утраты первого пальца у детей рассматривается крайне редко, однако в последнее время появилась тенденция к проведению подобных операций. Можно выделить несколько преимуществ пересадки пальца в детском возрасте (в отличии от взрослых): дети болеют меньшим количеством хронических заболеваний, которые могут отягощать операцию и реабилитацию; легче чем взрослые адаптируются до полноценной функционально-восстановленной рабочей кисти.

К методам восстановления ампутированных пальцев относятся фалангизация и дистракционное удлинение пястных костей, перемещение и пересадка пальцев. Большая часть хирургов придерживаются методики, заключающейся в пересадке второго пальца стопы на кисть и даль-

нейшей его разработке. Однако данный метод содержит множество нюансов: уровень ампутации пальца, вовлечение других пальцев кисти в травматический процесс, эластичность кожных покровов и рубца, процесс подготовки стопы, а также психоэмоциональный настрой ребенка и родителей к операции и к её возможным осложнениям. Результатами подобных операций является успешное приживление трансплантата в более чем 90% случаев.

У незначительного количества пациентов наблюдалось отторжение ввиду ишемического некроза дистальных фаланг либо всего пересаженного пальца. В послеоперационном периоде проводится разработка суставов и мышц тенара с целью восстановления функции схвата кисти, противопоставления первого пальца мизинцу. По данным проводимых электромиограмм мышц тенара, а так же сгибателей и разгибателей пересаженного пальца, функция захвата кисти восстанавливается, а её сила увеличивается от 40 до 90%. Допплерография сосудов подтверждает увеличение скорости кровотока и кровенаполнения кисти, на которой была выполнена операция.

Применение микрохирургических методик позволяет добиться минимального рубцевания вокруг пересаженного пальца, обеспечивая ему эстетичный вид. После изъятия второго пальца стопы, ребенок может нормально стоять на ноге, но для коррекции дальнейшей походки применяются хирургические либо физиотерапевтические методы удаления рубцов на тыльной стороне стопы. Отмечающийся после операции уменьшенный размер стопы (ввиду сведения

вместе первого и третьего пальцев) корректируется ортопедическими стельками, которые также уменьшают вероятность развития у ребенка плоскостопия.

Вывод. У детей имеется большой потенциал в восстановлении функции кисти, поскольку

приживление различных структур пальца происходит быстрее, чем у взрослых. Также дети более комплаентны в выполнении упражнений для разработки мышц и суставов, что особенно способствует восстановлению внешнего вида пальца и кисти.

Джерелей О.Б.^{1,2}, Якубенко Я.В.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

²Республиканский травматологический центр МЗ ДНР.

ПРОБЛЕМА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕВИАЦИИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Поперечно-распластанная деформация переднего отдела стопы с вальгусным отклонением первого пальца является одной из наиболее распространенных видов деформаций и поражает до 32% взрослого женского населения и не имеет тенденции к снижению.

За счет повышенного внимания к этой теме появилось более глубокое понимание ее биомеханики и новые технологии корригирующих операций. Тем не менее, частота обращений по поводу вальгусной деформации I пальца в Донецкой Народной Республике и не только остается низкой. Невысокая привлекательность операции для работающего контингента связана с длительным отрывом от полноценной трудовой деятельности. Пожилых людей удерживает сложность предстоящей многокомпонентной операции, боязнь боли, длительное ограничение подвижности, стоимость имплантов. Другой немаловажной группой причин сдержанного отношения к широкому выполнению корригирующих операций на стопе являются ряд проблем для хирургов.

Накопленный опыт и анализ данных мировой литературы показывает, что возможных выходов из создавшегося положения несколько, причем часть из них является вынужденными компромиссами. Так, у пациентов трудоспособного возраста в итоге многолетних исследований и дискуссий по поводу выбора оптимальных способов лечения hallux valgus, предпочтение рекомендуется отдавать малоинвазивным методикам. При правильном определении показаний у пациентов со средней тяжестью заболевания малоинвазивные методики так же имеют весьма обнадеживающие результаты. Что касается боязни рецидивов, по данным А.А.Карданова, Thomas S. Roukis основной их причиной является прежде всего выполнение операции без учета индивидуальных особенностей стопы.

Еще одним путем увеличения количества

желающих оперироваться лиц с hallux valgus, ведущих активную трудовую деятельность и не имеющих времени на длительную реабилитацию, может стать компромисс в виде ухода от остеотомии. Это поднимает старый и до сих пор неоднозначно воспринимаемый ортопедами вопрос о целесообразности применения «стяжек» переднего отдела стопы и мягкотканых операций типа McBride и Silver. С учетом последних данных, более перспективной и патогенетически обоснованной является идея «стяжек».

Что касается пожилых больных, то, возможно, проблему поможет разрешить более широкое применение принципа разумной достаточности, сформулированного в работах С.Ю.Бережного.

Таким образом, в вопросе увеличения привлекательности оперативного лечения для пациентов с вальгусной деформацией, на наш взгляд, можно сформулировать следующие направления:

- при лечении пациентов трудоспособного возраста и ведущих физически активный образ жизни должны применяться малоинвазивные методики, при этом, ключом к профилактике осложнений и рецидивов должно являться грамотное предоперационное планирование, основанное на достаточно полном обследовании пациентов и его грамотной интерпретации;
- несмотря на неоднозначное отношение ортопедов к применению корригирующих методик, основанных на различных вариантах «стяжек», при желании больного сократить сроки реабилитации возможно расширение показаний к применению именно этих операций, выполняемым по современным методикам, а их усовершенствование должно продолжаться;
- при планировании реконструктивных операций у пациентов пожилого возраста целесообразно применять принцип «разумной достаточности».

Джоджуа Т.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

«АТИПИЧНЫЕ» ФОРМЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ПОЗИЦИЙ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ

К теме преэклампсии мы обращаемся далеко не в первый раз. На сегодняшний день открытие молекулярных механизмов в формировании полиорганных нарушений позволяет по-новому взглянуть на патогенез этого грозного осложнения беременности и приблизиться к решению проблемы диагностики, профилактики и лечения.

Цель нашей работы заключалась в снижении риска развития синдрома полиорганных нарушений у беременных с преэклампсией путем своевременной диагностики ее «атипичных» форм.

Материалы и методы. В отделении интенсивной терапии ДРЦОМД за период с 2010 по 2018 годы поступили 212 пациенток с ПЭ тяжелой степени и Э в возрасте 22-35 лет. Среди них беременных в сроке гестации 28-38 недель 204 (96,2%). У 12 (5,9%) беременных с тяжелой ПЭ превалировали симптомы поражения печени: ПЭ и Э (), HELLP синдром (2), внутривнутрипеченочный холестаза беременных (4), острая жировая дистрофия печени (3), токсический гепатит (1).

Результаты и их обсуждение. Рассматривали ПЭ и HELLP-синдром с позиций тромботической микроангиопатии (ТМА). Наблюдали клинические проявления ТМА: микроангиопатический гемолиз: (кумбс-негативная гемолитическая анемия с высоким уровнем лактатдегидрогеназы, шизоцитозом и низким уровнем гаптоглобина); тромбоцитопению потребления; ишемическое поражение органов (почек, ЦНС, сердца, легких и др.). Расценивали ТМА как особый тип поражения мелких сосудов, при котором развивается их тромбоз и воспаление сосудистой стенки. К первичной ТМА относили: тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру (ТТП) в основе лежит дефицит фермента ADAMS 13; инфекционно опосредованный типичный гемолитикоуремический синдром (ГУС); атипичный ГУС – развивающийся на фоне нарушений работы регуляторных белков системы комплемента. К триггерам вторич-

ной ТМА относили такие состояния, как: беременность и роды, аутоиммунные заболевания, злокачественные опухоли, инфекции, некоторые лекарства и другие факторы. Считаем, что диагноз аГУС в акушерстве – это диагноз исключения. Дифференциальная диагностика ТМА в акушерстве – сложная задача. Ее решение затрудняли: сходство клинико-лабораторных признаков и относительное значение сроков беременности. Однако она должна быть обязательной и быстрой из-за различных терапевтических подходов к разным формам ТМА, что определяет прогноз. Преэклампсия и HELLP – синдром – специфические ассоциированные формы ТМА. До родоразрешения исследовали лактатдегидрогеназу (ЛДГ), гаптоглобин в сыворотке крови и шизоциты в мазке периферической крови, а также определяли количество тромбоцитов и креатинин плазмы. Истинные тяжелая ПЭ и HELLP – синдром требуют родоразрешения с целью элиминации секретирующегося ангиогенного фактора sFlt-1 плаценты. До и после родоразрешения применяли операции плазмафереза, предполагая удаление антител, блокирующих активность ADAMS 13, провоспалительных цитокинов, компонентов комплемента из системного кровотока, а также возмещение дефицита естественных антикоагулянтов.

Выводы. ПЭ и HELLP-синдром являются специфическими, ассоциированными с беременностью, формами ТМА. Всем пациенткам, госпитализированным с диагнозом ПЭ и/или HELLP-синдром, необходимо до родоразрешения исследовать лабораторные маркеры ТМА, а также определять уровень креатинина сыворотки. Акушерский аГУС – сложный диагноз, и для его постановки и выработки тактики лечения необходим междисциплинарный подход и содружественная работа акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, нефрологов, гематологов.

Джоджуа Т.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НИЗКОЧАСТОТНАЯ ПЬЕЗОТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Организм женщины претерпевает заметные изменения во время беременности, родов и раннем послеродовом периоде. Все коагуляционные показатели демонстрируют, что нормальная беременность – это состояние, сопровождаемое гиперкоагуляцией. Низкочастотная пьезотромбоэластография позволяет оценить динамику процесса коагуляции в режиме реального времени.

Цель исследования. Оценить функциональное состояние системы регуляции агрегатного состояния крови (РАСК) у группы женщин Донецкой Народной Республики (ДНР) с нормально протекающей беременностью.

Материалы и методы. Исследование было выполнено с января по май 2020 г. в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства. Обследованы 32 беременные женщины с нормально протекающей беременностью в возрасте 20-37 лет и 38 небеременных женщин в возрасте 21-39 лет. Проанализированы истории родов, анамнестические особенности.

В качестве «глобального» теста была использована низкочастотная пьезотромбоэластография (НПТЭГ). Исследование проводили на аппаратно-программном комплексе для клинико-диагностических исследований реологических свойств крови АРП-01М «МЕДНОРД» с базовой версией программы «ИКС «ГЕМО-3М», Россия. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica For Windows 7.0».

Результаты и обсуждение. У здоровых беременных женщин в третьем триместре (39-40 неделя) на фоне структурной (МА) и хронометрической (Т5) нормокоагуляции зарегистрировано

увеличение активности тромбина (КТА) на 90% на начальных стадиях коагуляции и на 80% – на протеолитической стадии (ИКД) при $p < 0,001$. Выявленная активация процесса свертывания крови сопровождалась увеличением общей протеолитической активности (КСПА) на 95%, $p < 0,001$. Эта прямая взаимосвязь коагуляционной и антикоагулянтной систем свидетельствует о сохранении нормального физиологического функционирования РАСК в условиях формирования синдрома общей циркуляторной адаптации организма к родам.

Анализ НПТЭГ у женщин с нормально протекающей беременностью показал, что гемостатический потенциал цельной крови обследованных пациенток характеризуется тремя уровнями активности: «нормо», «гипер» и «гипокоагуляция», выявленными соответственно в 60%, 20% и 20% случаев.

Основными особенностями стратификации уровней активности гемостатического потенциала были время (Т5) и плотность образования сгустка сшитого фибрина, что привело к функционированию системы РАСК. Увеличение активности тромбина по данным КТА почти на 50% в группе «гиперкоагулянтного» типа по сравнению с группами «нормокоагуляции» и «гипокоагуляция» достигает статистически значимых различий только для последних ($p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, у здоровых беременных женщин выявляются три варианта активности гемостатического потенциала, характеризующиеся различными скоростями латеральной сборки и плотностью образования сшитого фибрина, медиатором которого является активность тромбина.

Долгополов А.М., Демченко Е.В., Плыс Т.Д.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СТАБИЛИЗАЦИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Продолжительность ортодонтического лечения зависит от множества факторов: возраста пациента, выраженности морфологических и функциональных нарушений, необходимости

лечения с удалением зубов, кооперации пациента с врачом, его дисциплинированности, хороших навыков гигиены полости рта и других.

Пациенты были разделены на 4 группы по

возрасту, степени дефицита места для зубов верхней челюсти и способу стабилизации верхних опорных зубов, а именно: а) путём лигатурного связывания брекетов опорных зубов и б) с использованием съёмной нёбной пластинки собственной конструкции. Первая пара исследования – взрослые пациенты. В первой группе анкераж опорных зубов осуществлялся с помощью нёбной пластинки, во второй группе – лигатурным связыванием. Вторая пара исследования – подростки, разделение такое же. В каждой паре групп переменным был только способ анкеража опорных зубов бокового сегмента, а средние значения возраста пациентов и величина дефицита места в зубной дуге достоверно не отличались. Продолжительность активного периода лечения исчислялась от момента фиксации брекет-системы до момента дебондинга и фиксации ретенционного аппарата.

Продолжительность активного периода лечения у взрослых в среднем составляла $19,78 \pm 0,64$ месяца с использованием верхнечелюстной пластинки, а с помощью лигатурного связывания 22,8 месяца.

При наличии периода активного роста челю-

стей (подростки) продолжительность лечения с верхнечелюстной пластинкой составила 20,9 месяца, а с использованием лигатурного связывания 20,0 месяцев.

Таким образом, использование в качестве опоры верхнечелюстных пластин более эффективно у взрослых пациентов. И это обусловлено тем, что управление верхнечелюстной опорой осуществлялось более контролируемо и тем самым не вызывало побочных осложнений, которые требуют дополнительного времени для их устранения. Применение предложенного аппарата позволило закончить лечение взрослых пациентов по сравнению с лигатурным связыванием в среднем на $3,0 \pm 1,36$ месяцев раньше.

Отсутствие достоверных отличий по срокам лечения у подростков при использовании таких же способов анкеража можно объяснить тем, что они менее дисциплинированы, часто нарушают врачебные рекомендации, что приводит к дебондингу брекетов и/или поломке аппарата, что в свою очередь пролонгирует продолжительность лечения не зависимо от способа стабилизации опорных сегментов.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ СОЗДАНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СЛУЖБЫ ПО ОКАЗАНИЮ ДИСТАНЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Особенности эпидемиологических мероприятий, проводимых касательно пандемии COVID-19, актуализируют вынесение на повестку дня вопроса об интенсификации процессов оказания первичной и специализированной высокопрофильной медицинской помощи дистанционно. Безусловно, поступательное развитие телемедицины и смежных технологий имеет место с начала XX века, когда в 1905 году впервые состоялась трансляция электрокардиограммы. В современности же, с учетом карантинных мероприятий, кризиса службы скорой медицинской помощи, нехватки врачебного кадрового состава, и соответственно, затруднений, а иногда и отсутствия очных медицинских консультаций, вопрос о применении дистанционных технологий в процессе врачевания приобретает большую актуальность. Переориентирование части обращений в службу скорой медицинской помощи или поликлинический прием на дистанционную основу принесет столь необходимое снижение

нагрузки на медицинское сообщество, хоть эта концепция не лишена и недостатков, наиболее значимыми из которых является вероятность критических диагностических ошибок, отсутствие систематизации и контроля, технологические сложности организации. Вышеперечисленные недостатки дистанционной медицины могут быть нивелированы за счет изначального аналитического подхода к созданию системы, отдельными компонентами которой и будут являться диспетчеры, врачи, техники, ревизоры. Авторам представляется целесообразным и даже обязательным внедрение системы такой направленности в структуру здравоохранения. Иницирующим фактором для создания данной Службы является действующая с начала пандемии в ДНР круглосуточная «горячая линия» по оказанию консультативной помощи врачам по диагностике, лечению, вопросам выписки и профилактики пациентов, подозрительных на COVID-19 и пациентов с подтвержденным диа-

гнозом. Сотрудники кафедры инфекционных болезней ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО ежедневно консультируют сотни врачей всех городов Республики, разработаны внутрикафедральные опросники и алгоритмы для оперативного решения возникающих вопросов.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Паниева Д.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРСОНИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНЫ КАК ВАРИАНТ ОБНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНБАССА

Одной из возможных перспектив развития здравоохранения в Донбассе является переход к персонализации медицинской помощи. В действующей системе доминирует стандартизация методов диагностики и лечения, однако при всех ее положительных чертах, главным недостатком является отсутствие учета влияния генома, протеома и метаболома индивидуумов на возможность возникновения, особенности течения, прогнозирование и исходы заболеваний у каждого человека. В мировой практике консервативная модель «врач лечит пациента» постепенно сменяется новой концепцией «врач – здоровый человек – доклиническое обследование и превентивно-профилактическая терапия». Технологический прогресс затрагивает все сферы жизнедеятельности человека, в медицине получают всемирное распространение геномная и постгеномная диагностика, позволяющая детерминировать принадлежность человека к группам риска по конкретным заболеваниям или прогнозировать течение болезни. Развивается фармакопредикция, суть которой состоит в предварительном расчете эффективности применения лекарственных препаратов к индивиду или группе. Персонализированная медицина выполняет ряд

Комплексный анализ опыта работы этой службы может быть использован для проектирования и создания нового многопрофильного ответвления Министерства здравоохранения – Республиканской консультативной службы по оказанию дистанционной медицинской помощи населению.

функций: предикция (анализ возможности развития заболевания в будущем, возникновения рецидивов, хронизации), скрининг, диагностика, терапия, контроль (эффективность проводимого лечения) для каждого человека. Базисом обновленного персонализированного здравоохранения является расширение понятия «первичная профилактика» и возведение в абсолют практического применения комплекса мер первичной профилактики, то есть доклинический мониторинг, осуществляемый врачом: определение генетической предрасположенности к неинфекционным болезням, а также уязвимости или резистентности к болезням, инициированным инфекционными агентами; молекулярное фенотипирование с использованием биомаркеров; использование таргет-терапии, т.е. создание индивидуализированного протокола превентивной и лечебно-реабилитационной терапии для каждого пациента. Таким образом, в перспективе, медицинская персонализация, которая являясь инновационным направлением, одновременно возвращает нас к давнему постулату – «лечить нужно не болезнь, а больного», система здравоохранения может перейти на качественно новый уровень оказания медицинской помощи.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Скорик Е.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МИКСТ-ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И ИЕРСИНИОЗА

Клинические проявления COVID-19 могут быть схожими с симптомами различных инфекционных заболеваний как вирусной (грипп, аденовирусная инфекция и др.), так и бактериальной (тонзиллит, пищевая токсикоинфекция, энтероколит, мочевиная инфекция и т.д.) этиологии. По данным литературы из 3834 госпитализиро-

ванных пациентов с COVID-19 7% имели сопутствующую бактериальную инфекцию. Наиболее распространенными бактериальными патогенами были *Mycoplasma pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Haemophilus influenzae*. В крупном исследовании, проведенном в Китае, из 148 221 пациента с пневмонией, вызванной SARS-CoV-2,

25,8% страдали коинфекциями, из них 29,8% были коинфицированы бактериями. Однако описания микст-инфекции COVID-19 и других бактериозов в литературе отсутствуют. Под нашим наблюдением находился пациент 18 лет, заболевший остро 21.09.20 г. с повышением температуры с ознобом до 39,5 °С, слабости, першения в горле. В последующие дни повторялись ознобы, температура достигала 40,0 °С. 23.09. направлен на госпитализацию с подозрением на COVID-19, пневмонию. В семье болел «ОРВИ» отец. При первичном осмотре состояние средней тяжести, умеренно выражена интоксикация, выявлены субиктеричность склер, затрудненное носовое дыхание, яркая гиперемия слизистой ротоглотки с гипертрофией лимфоидных фолликулов глотки. Миндалины за дужками, без налета. Увеличены лимфоузлы шеи, подмышечные, паховые до 1,5 см. В легких справа по заднебоковой поверхности ослабленное дыхание. ЧДД 20/мин. SpO₂ 98%. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Пульс-97/мин, ритмичный. АД-120/80 мм рт. ст. Язык влажный, с налетом у корня. Живот незначительно вздут, чувствительный при пальпации в правом фланге. Печень диффузно расширена, нижний край +2,5 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Кишечник не спазмирован. Периодически отмечает кашицеобразный стул. Диурез не изменен. Органические симптомы поражения нервной системы отсутствуют. От 26.09.20 – ПЦР-тест мазков из носоротоглотки – выявлена РНК вируса SARS-CoV-2. СКТ органов грудной клетки от 25.09.20 и 08.10.20 – очаговая и инфильтративная патология не выявлены. ОАК 24.09.20 – лейкоциты – 6,04*10⁹/л, эритроциты – 4,74*10¹²/л, Hb-158 Г/л, тромбоциты-189*10⁹/л, СОЭ 4 мм/час, п- 75%, с-60%, э-1%, лимф. – 21%, м-11%, мочевины-3,68

ммоль/л, креатинин -0,096 мкмоль/л, билирубин общий-22,4 мкмоль/л, билирубин прямой-4,7 мкмоль/л, АЛТ-0,15 ммоль/л, ПВ-15,4 сек., ПТИ-90%, МНО-1,14, фибриноген-2,3 г/л. Бактериологическое исследование крови, носоглоточной слизи, мочи, кала отрицательные. Получал лечение по поводу COVID-19: иммард, имипенем, цефтриаксон, левофлоксацин, цетрин, аевит, аскорбиновая кислота. Несмотря на проводимую активную терапию пациент продолжал фебрильно лихорадить без ознобов, периодически температура снижалась до субфебрильных цифр. Пальпаторно печень нормализовала размеры, наблюдалось повышение общего билирубина до 39,8 мкмоль/л, прямого билирубина до 6,9 мкмоль/л, сывороточные ферменты были в норме. Эпизодически отмечался кашицеобразный стул. Повторное исследование ПЦР-теста мазков из носоротоглотки на SARS-CoV-2 от 12.10.20 г. отрицательное. Дополнительно обследован на иерсиниоз, в РНИФ выявлены IgM и IgG к Yers. Enterocolitica O4, O6, O9 сероваров. Комплексное лечение иерсиниоза продолжено после выписки из стационара. Таким образом, у пациента с COVID-19 выявлено необычное коморбидное состояние, которое явилось причиной длительной лихорадки. При лечении больных эпидемическим заболеванием COVID-19 необходимо выявлять не только наиболее распространенные коморбидные состояния (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, заболевания печени и почек), но и дифференцировать с сочетающимися инфекционными заболеваниями, которые требуют своевременной диагностики и соответствующего лечения. С появлением сезонных вирусных инфекций (ОРВИ, грипп) эта проблема становится более актуальной.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Хоменко Д.Ю., Куропятник В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19) У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

У взрослых сахарный диабет (СД) отнесен к числу коморбидных заболеваний, повышающих риск тяжелого течения и исхода при инфицировании COVID-19. При метаболической декомпенсации СД повышается риск присоединения интеркуррентных вирусных и бактериальных заболеваний, замедляется процесс восстановления, повышается вероятность кетоацидотической декомпенсации. Полученные новые данные об экспрессии вирусом SARS-CoV-2

рецепторов АПФ2, локализующихся в легких, кишечнике и поджелудочной железе, позволяют предполагать прямое цитотоксическое действие вируса на бета-клетки с индукцией новых случаев инсулинозависимого диабета. У взрослых СД как коморбидное состояние, был зарегистрирован у 42,3% пациентов с COVID-19, а смертность у лиц с диабетом при COVID-19 была выше по сравнению с популяцией без СД (7,5% против 2,3%). Под нашим наблюдением находи-

лось 20 пациентов СД с подтвержденной лабораторно инфекцией SARS-COV-2 методом ПЦР (мужчин – 5, женщин -15 в возрасте 41-73 лет). У всех больных выявлена двусторонняя полисегментарная пневмония. У 90% обследованных диагностирована пневмония КТ-3 с синдромом дыхательной недостаточности, проявляющегося одышкой, чувством нехватки воздуха и тяжестью за грудиной, при этом SpO₂ колебались в пределах 82-90%. У всех госпитализированных отмечался СД 2-го типа, при этом у 35% СД был компенсированный, у 40% – в стадии субкомпенсации и у 25% – в стадии декомпенсации. Все пациенты были с отягощенным коморбидным фоном: у 90% наблюдалась сердечно-сосудистая патология, у 30% – хроническая болезнь почек, у 20% – метаболический синдром и у 5% – ХОЗЛ. На момент поступления 40% пациентов принимали постоянную гипогликемическую терапию и контролировали уровень глюкозы, у остальных (60%) наблюдалось отсутствие приверженности к приему гипогликемических препаратов. Основные клинические проявления коронавирусной инфекции у лиц с СД не отличались от таковых у пациентов без диабета. У 16 (80%) пациентов наблюдалось острое развитие инфекции. Лихорадка определялась у всех больных: у 35% – фебрильная и высокая, у 65% пациентов температура тела была субфебрильная с тенденцией к увеличению длительности на фоне проводимой терапии. У 7 (35%) пациентов отмечена анемия, у 4 (20%) – тромбоцитопения, у 4 (20%) – лейкопения, у 2 (10%) – эозинофилия, у 9 (45%) – лимфопения. У 1 больного развилась почечная недостаточность. У 4 (20%) об-

следованных была выявлена гиперферментемия. Гастроинтестинальный синдром в виде диареи и тошноты встречался у 4 (20%) пациентов. У 80% больных течение Covid-19 сопровождалось значительной гипергликемией. При этом у 20%, получавших глюкокортикостероиды (ГКС), отмечалось повышение уровня глюкозы до 29 ммоль/л. Такие пациенты были переведены на инсулинотерапию. Всем больным назначали дексаметазон в дозе 12-16 мг/сутки парентерально и продолжительностью 10-14 дней с контролем уровня глюкозы 3-4 раза в сутки. В целом, СД не являлся абсолютным противопоказанием для назначения дексаметазона при тяжелом и очень тяжелом течении заболевания, что способствовало подавлению цитокинового шторма, повышению сатурации и улучшению состояния больных. Всем пациентам проводилась этиотропная и антибактериальная терапия, назначались антикоагулянты, инфузия кислорода до нормализации показателей оксигенации. Гипогликемизирующая терапия у больных СД 2 типа при глюкозе крови натощак до 10-13 ммоль/л и отсутствии высокой лихорадки с интоксикацией осуществлялась преимущественно метформином. При декомпенсации СД, выраженной дыхательной недостаточности, интоксикации пациентам назначали инсулин короткого действия. Средняя продолжительность пребывания в стационаре лиц с СД составила (38±1,04) дней, при этом длительность пребывания, а также тяжесть течения болезни коррелировали с поздними сроками поступления в стационар (позже 10 дня болезни).

Домашенко О.Н., Куропятник В.В., Гридасов В.А., Хоменко Д.Ю., Слюсарь Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ COVID-19

В июне 2020 года был опубликован предварительный отчет британского исследования RECOVERY, который показал снижение 28-дневной летальности у пациентов, получающих дексаметазон. На основании данных метаанализа девяти рандомизированных клинических исследований относительно применения глюкокортикостероидов (ГКС) у пациентов с COVID-19 были разработаны рекомендации ВОЗ, регламентирующие применение системных кортикостероидов у пациентов с тяжелым и критическим течением COVID-19. Для терапии цитокинового шторма могут применяться различные схемы введения ГК: метилпреднизолон в дозе

1 мг/кг с внутривенным введением каждые 12 час., или метилпреднизолон 120 мг внутривенно каждые 8 час., или дексаметазон в дозе 20 мг/сутки внутривенно за 1 или 2 введения. Максимальная доза ГКС применяется в течение 3-4 суток. Доза ГКС снижается при стабилизации состояния (купирование лихорадки, стабильное снижение уровня СРБ, ферритина, АЛТ, АСТ, ЛДГ сыворотки крови). Рекомендованная продолжительность лечения ГКС при COVID-19 составляет до 7-10 дней. Нами проведен анализ эффективности применения дексаметазона у 56 пациентов (женщин – 29, мужчин-27 в возрасте 35-81 год, средний возраст 59,4±1,4) с коронави-

русной инфекцией, подтвержденной ПЦР-тестом мазков из носоротоглотки – выявлением РНК вируса SARS-CoV-2. Пациенты были госпитализированы в поздние сроки болезни ($8,8 \pm 1,02$). Высокая температура тела наблюдалась у 12,5%, фебрильная – у 39,3%, субфебрильная – у 48,2% больных. Основными критериями для назначения ГКС были степень дыхательной недостаточности (падение SpO₂ ниже 92%, ЧДД, частота пульса, АД) и обширность поражения легких по результатам компьютерной томографии (КТ): 48,2% больных были с признаками поражения легких более 50% (КТ-3), 51,8% – с поражением легочной ткани на уровне 25-50% (КТ-2). Больным назначали дексаметазон парентерально в средней дозе 12 мг/сутки, однако у 16,1% начальная доза была 20-16 мг/сутки. На фоне проводимой терапии в первые сутки у большинства пациентов (78,6%) нормализовалась температура тела, которая и в дальнейшем оставалась в пределах нормы (в среднем ее нормализация наблюдалась через $(3,4 \pm 0,5)$ суток, улучшались показатели газообмена. Длительность курса ГКС составила $(9,6 \pm 0,7)$ дней. Всем пациентам осуществлялась респираторная поддержка, ан-

тибиотикотерапия, вводились антикоагулянты. У 37,5% больных при улучшении клинического состояния (нормализация температуры тела, повышение уровня SpO₂ и толерантности к физической нагрузке) при контрольном СКТ исследовании не отмечена положительная динамика в легких. Данным пациентам дексаметазон назначался пролонгированно с постепенным снижением дозы, при этом курс лечения достигал 14-20 дней. Переносимость дексаметазона была удовлетворительной. Из побочных явлений при проведении терапии ГКС мы наблюдали лейкоцитоз (в единичных случаях – гиперлейкоцитоз), повышение уровня глюкозы у больных сахарным диабетом, что не являлось поводом для отмены дексаметазона и требовало коррекции доз сахароснижающих препаратов или чаще переход на введение инсулина.

Таким образом, опыт применения дексаметазона показал эффективность препарата при лечении вирусно-бактериальных пневмоний, ассоциированных с COVID-19, возможность остановить цитокиновый шторм при тяжелых и очень тяжелых формах заболевания и в конечном итоге снизить летальность.

Доронина О.В., Брынза Н.С., Курмангулов А.А.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПОЗИЦИИ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Актуальность. Согласно Паспорту национального проекта «Здравоохранение» отличительными чертами новой модели медицинской организации (МО), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, должны стать открытая и вежливая регистратура, уменьшение бумажной документации, упрощение записи на приём к врачу, сокращение времени ожидания пациентом в очереди, комфортные условия для пациента в зонах ожидания и понятная навигация. Регламентированной методологической основой указанных преобразований выступает управленческая концепция бережливого производства (БП), активно внедряемая в систему здравоохранения нашей страны с 2016 года в рамках реализации национального пилотного проекта «Бережливая поликлиника».

Цель исследования: оценить основные показатели эффективности процесса действующей маршрутизации пациентов с подозрением на он-

кологическое заболевание с позиции БП.

Материал и методы. Объектом исследования стала МО города Тюмени, оказывающая первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), субъектом исследования – действующая на 2017 год внутренняя и внешняя маршрутизация пациентов с подозрением на онкологическое заболевание. Основным методом БП, используемым для анализа процесса, явилось картирование потока создания ценности текущего состояния; используемыми инструментами – хронометраж, анкетирование, нормирование, фото- и видеofиксация, диаграмма спагетти, статистический анализ.

Результаты исследования. Суммарное время от момента подозрения на онкологическое заболевание до консультации онколога составляло 20-65 дней, если пациент обратился с жалобами и уже имеющейся клинической картиной, и 17-80 дней при подозрении на онкологическое за-

болевание по данным профилактического осмотра. Общий коэффициент эффективности процесса маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание составил 23,3% на этапе МО, оказываемой ПМСП, и 11,2% – на уровне других МО (внешний этап). При этом 95% ДИ для данного показателя на уровне поликлиники составил 13,4% – 27,6% с правосторонней асимметрией распределения признака (коэффициент асимметрии $As = 0,131$), а для внешнего этапа – 3,8% – 17,2%. Условный коэффициент эффективности процесса записи на прием к врачу-терапевту участкового оказался равным 46,2%, приема врача-терапевта участкового – 37,6%, выдачи направлений на исследования – 73,9%, забора крови для лабораторных исследований – 37,4%, записи на диагностические исследования – 39,4%, записи на прием к врачу-онкологу в специализированное учреждение – 15,1%.

Вывод. Оценка основных показателей эффективности процесса маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание с

позиции БП позволила установить общий уровень организации процесса на разных этапах и определить основные проблемы в процессе, а также объем информации, достаточный по глубине и полноте для принятия управленческого решения и разработки плана улучшений. К основным проблемам изучаемого процесса с позиции БП можно отнести: несовершенство маршрутизации на уровне поликлиники (нахождение пациента в общем потоке пациентов, проходящих плановое обследование), длительные сроки ожидания обязательных исследований, большое число посещений пациентом МО, оказывающей ПМСП, в процессе дообследования; проблемы межведомственного взаимодействия; длительные сроки ожидания обязательных исследований, не проводимых в поликлинике (КТ, ФГДС, колоноскопия, томография, биопсии). Коэффициент эффективности процесса может служить интегральным показателем оценки уровня организации медицинской помощи населению, в том числе онкологического профиля.

Дубинина М. С., Иванова И. А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ОКСИДОВ АЗОТА И ДЕФЕНЗИНОВ КАК МАРКЕРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Введение. Бронхиальная астма (БА) – мультифакториальное заболевание, в патогенезе которого важную роль играют факторы иммунологической и не иммунологической природы. Сейчас активно изучается роль факторов врожденного иммунитета при воспалительных заболеваниях различной локализации, однако данные литературы о нарушении факторов врожденного иммунитета при бронхиальной астме немногочисленны. Это обосновывает актуальность изучения клинических маркеров активности воспаления, в частности, метаболитов оксида азота и противомикробных пептидов в патогенезе БА.

Цель. Изучение противомикробных пептидов и метаболитов оксида азота как маркеров активности воспаления при бронхиальной астме.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе кафедры клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии КГМУ. В группу исследования вошли 48 пациентов со смешанной формой бронхиальной астмы, находившихся на лечении в аллергологии и иммунологии Курской областной клинической больницы. Средний возраст больных $33,8 \pm 2,9$ года, из них женщин – 47,9%, мужчин – 52,1%. Пациентам

назначена базисная терапия, основанная на противовоспалительном лечении ингаляционными глюкокортикостероидами и симптоматическое лечение β_2 -агонистами короткого действия по требованию.

При исследовании спектра причинно-значимых аллергенов у больных БА преобладала моносенсибилизация к бытовым аллергенам (59,1%). Поливалентная сенсibilизация обнаружена у 36,8% пациентов, и характеризовалась сочетанием гиперчувствительности к бытовым и пыльцевым аллергенам.

Для изучения концентрации NO использован спектрофотометрический метод определения суммарной концентрации нитратов и нитритов с помощью реактива Грисса, α -дефензинов (HNP1-3) методом ИФА в сыворотке периферической крови больных БА. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета «Анализ данных» программы MS Excel.

Результаты. Изучение количественного содержания NO, по описанной методике установило достоверное увеличение концентрации NO в периферической крови больных БА – $6,67$ ммоль/мл, что превышало в 1,8 раза этот показатель у

здоровых доноров (3,5–4,5 ммоль/мл). Дефензины (одни из представителей антимикробных пептидов) играют важную роль в саногенезе респираторного тракта при бронхиальной астмы, острых респираторных вирусных, бактериальных инфекций. Изучение количественного содержания дефензинов нейтрофилов (HNP1-3) в периферической крови пациентов с БА выявило значительное повышение их концентрации в 15 раз (822,0 пкг/мл), по сравнению со здоровыми донорами крови (54,8 пкг/мл).

Выводы. Таким образом, у пациентов с БА выявлено повышение концентрации NO в периферической крови в 1,8 раза по сравнению со здоровыми донорами. У больных БА наблюдается значительное увеличение (в 15 раз) содержания дефензинов нейтрофилов (HNP1-3). Исходя из изложенного, оксид азота и дефензины нейтрофилов служат маркерами воспаления при БА, что подтверждает их диагностическое и прогностическое значение при воспалительном процессе у больных с бронхиальной астмой.

Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Дудчак А.П., Тонких Н.А., Баешко Г.И., Соколов В.Н., Марченко Е.Н., Усенко Н.А., Сосна В.В., Науменко Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ И СЛУШАТЕЛЕЙ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ №3 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Известно, что 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. Дистанционное обучение отличается от традиционного образования по ряду показателей: повышает посещаемость мероприятий за счёт онлайн-участников и просмотров записей; привлекает тех участников, 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; стимулирует самостоятельную познавательную деятельность.

В нашем университете за время пандемии COVID-19 площадкой для дистанционного обучения стала электронная информационно-образовательная среда. Преподавателями кафедры педиатрии №3 для студентов 5 курса медико-профилактического отделения медико-фармацевтического факультета, интернов специальностей «Педиатрия», «Общая практика-семейная медицина», ординаторов специальностей «Педиатрия», «Детская кардиология» были существенно дополнены изучаемые курсы.

Кроме того, для слушателей последиplomного образования созданы новые курсы повышения квалификации и стажировки по таким специальностям, как «Детская пульмонология», «Детская гематология», «Детская нефрология», в системе непрерывного медицинского образования по педиатрии, модуль 1, а также тематического усовершенствования «Актуальные вопросы педиатрии», «Актуальные вопросы детской кардиологии».

Изучаемый курс на нашей кафедре включает информационный блок, в котором размещены календарно-тематические планы лекций, практических занятий, электронные адреса преподавателей для осуществления обратной связи с обучающимися, чат и др. Лекционный раздел представлен лекциями в виде презентаций, а также в текстовом формате с интерактивным блоком. Материалы для подготовки к практическим занятиям включают методические указания с определением актуальности, цели занятия, перечня литературы, в том числе интернет-ресурсов, теоретических вопросов, тестовых заданий для самоконтроля, графов и алгоритмов. Кроме того, в материалах для подготовки к практическим занятиям представлены видеofilмы для отработки практических навыков, учебные пособия, разработанные сотрудниками кафедры. С целью контроля знаний обучающихся использовались интерактивные занятия, а также тестовые задания с фиксацией результатов обучения в электронном журнале. Кроме того, в конце каждого цикла преподавателями кафедры осуществлялся итоговый тестовый контроль. В 2019-2020 учебном году на кафедре впервые проводилась государственная итоговая

аттестация врачей-интернов с использованием дистанционных образовательных технологий. Сотрудниками кафедры были подготовлены для каждого интерна 60 тестовых заданий, а также 5 ситуационных задач с оцениванием в режиме он-лайн.

В заключение следует отметить, что, безу-

словно, дистанционное обучение в медицине не может заменить очное. Однако в период современной пандемии использование дистанционных технологий явилось хорошим подспорьем для продолжения образования, а качественный контент курсов помог обогатить новыми знаниями обучающихся.

Дубовая А.В., Марченко Е.Н., Бордюгова Е.В., Юлдашева С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк; Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака МЗ ДНР

МЕГАЛОБЛАСТНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Введение. Мегалобластные анемии – группа приобретенных и наследственных заболеваний, характеризующихся появлением в красном костном мозге мегалобластов – клеток красного ростка больших размеров с изменённой структурой ядра. Макроциты прослеживаются на всех стадиях дифференцировки эритроидных предшественников. Появление мегалобластов связано с нарушением синтеза дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) и замедлением созревания клеток. Образование рибонуклеиновой кислоты не нарушается, поэтому за увеличившийся промежуток между делениями клеток происходит избыточный синтез, накопление гемоглобина и увеличение размеров цитоплазмы. Нарушение синтеза ДНК с формированием характерной мегалобластной картины в красном костном мозге чаще всего связаны с дефицитом витамина В12 и/или фолиевой кислоты.

Цель работы: ретроспективный анализ историй болезни детей раннего возраста с мегалобластной анемией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 9 пациентов (8 мальчиков, 1 девочка) с мегалобластной анемией в возрасте от 5 месяцев до 2 лет, госпитализированных в отделение онкогематологии для детей Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака г. Донецка с 2014 по 2019 гг. У всех детей определены обеспеченность организма железом, уровень фолатов и содержание витамина В12 в сыворотке крови. Дефицит фолиевой кислоты выявлен у 4 чел.: показатели – 1,15-5,19 нг/мл (норма – 5,6-20,5 нг/мл); снижение уровня витамина В12 – у 6 чел.: от 56,24 до 185,4 пмоль/л (норма – 200,6-396,7 пмоль/л); железа – у 2 чел. – 2,96-3,84 мкмоль/л (норма – 7,2-17,9 мкмоль/л).

Результаты. При госпитализации состояние 6 чел. было тяжелым, 3 чел. – средней тяжести. Родители детей раннего возраста предъявляли жа-

лобы на вялость, снижение аппетита, бледность кожных покровов, задержку в прибавке массы тела. У 3 детей ежедневно отмечалась рвота. У 4 пациентов с дефицитом витамина В12 имел место длительный субфебрилитет, у всех детей этой группы – задержка физического и нервно-психического развития, утрата приобретенных навыков. Подобные явления отсутствовали у пациентов с фолиеводефицитной анемией. При осмотре у всех пациентов выявлена бледность кожных покровов, у 2 чел. – желтушность кожи и склер; у 5 чел. – гепато- и у 4 чел. – спленомегалия. Все дети с дефицитом витамина В12 находились на естественном вскармливании. Матери этих пациентов страдали анемией разной степени тяжести до и во время беременности. Все дети с фолиеводефицитной анемией и смешанными формами анемии находились на искусственном вскармливании, в их рационе преобладала манная каша на козьем молоке. У всех детей имело место позднее введение прикорма, одностороннее вскармливание, отсутствие или недостаточное количество мясных продуктов в рационе питания. В гемограмме всех обследуемых выявлены макроцитарная, гиперхромная анемия средне- и тяжелой степени: уровень гемоглобина – 45-90 г/л; количество эритроцитов – 1,3-2,5 Т/л; количество лейкоцитов – 2,5-6,5 Г/л; тромбоцитов – 60-150 Г/л. В миелограмме у всех больных был: мегалобластический тип кроветворения; признаки дизэритропоэза: двуядерные клетки, тельца Жолли; бластные клетки до 5%, гигантские миелоциты, гиперсегментация нейтрофилов; мегакариоцитарный и миелоидный росток сохранены. У 3-х пациентов наблюдалось повышение уровня билирубина за счет непрямой фракции. Все пациенты получили лечение препаратом железа, витамином В12, 3 чел. – фолиевой кислотой. Все выписаны с улучшением и рекомендациями продолжить лечение амбулаторно.

Выводы. Причиной мегалобластных анемий у детей раннего возраста был алиментарный

фактор. Страдала организация рационального питания беременных и детей 1-го года жизни.

Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Кривуцев Б.И., Федотова О.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский специализированный центр медицинской генетики и пренатальной диагностики, г. Донецк

АМИНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ КРОВИ И МОЧИ У ДЕТЕЙ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аминокислоты – органические вещества, содержащие карбоксильные и аминные группы. Известно около 200 аминокислот, но в синтезе белка участвуют только 20. Данные аминокислоты называют «протеиногенными» и по возможности синтеза в организме подразделяют на заменимые и незаменимые. Среди факторов повышенного риска возникновения артериальной гипертензии (АГ) и сердечно-сосудистых заболеваний особое внимание обращено на роль гомоцистеина. Причинами нарушения белкового обмена при АГ являются гипоксия и ацидоз, усиливающиеся при избытке катехоламинов. Изменения аминокислотного профиля при сердечно-сосудистых заболеваниях проявляются на ранних стадиях и могут иметь прогностическое значение.

Цель: оценить аминокислотный состав сыворотки крови и мочи у детей с эссенциальной артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 детей (14 мальчиков и 6 девочек) в возрасте от 13 до 17 лет с диагнозом эссенциальная АГ. Контрольную группу составили 20 здоровых сверстников (11 мальчиков и 9 девочек). Всем детям проведена оценка исходного вегетативного тонуса по методике А.М. Вейна в модификации Н.А. Белоконов. Определение содержания 19 аминокислот в крови и моче выполнялось методом тонкослойной хроматографии на пластинах отечественных и зарубежных производителей: «Сорбфил» (Россия) и «Махерей Нагель» (Германия). Математическая обработка данных осуществлялась методами вариационной и альтернативной статистики с использованием лицензионного программного пакета для статистического анализа MedStat.

Результаты. При проведении исследования выявлено статистически значимое различие аминокислотного состава крови и мочи в основной

и контрольной группах ($p < 0,01$). Так, снижение содержания валина статистически значимо чаще ($p < 0,01$) наблюдалось у детей с эссенциальной АГ (100,0%) в сравнении со здоровыми сверстниками (5,0%). Повышение содержания тирозина статистически значимо чаще ($p < 0,01$) наблюдалось у детей с эссенциальной АГ (35,0%) в сравнении со здоровыми сверстниками (5,0%). Предполагаем, что данные изменения могут быть связаны с нарушением биосинтеза аминокислот в печени, их мембранного транспорта. Преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы отмечено у 12 (60,0%) подростков с АГ, из них у всех пациентов отмечено снижение валина, у 3 (25,0%) детей – глицина. В основной группе в сыворотке крови и в моче увеличение содержания фенилаланина отмечено у 6 (30,0%) детей, треонина – у 2 (10,0%) детей, серина – у 2 (10,0%) пациентов, снижение содержания глицина имело место у 3 (15,0%) пациентов. Уровень гомоцистеина у детей основной и контрольной групп находился в пределах нормы. В контрольной группе нормальное содержание аминокислот в сыворотке крови и в моче наблюдалось у 8 (40,0%) пациентов, повышение уровня глицина – у 3 (15,0%) детей, пролина – у 7 (35,0%) детей.

Выводы: аминокислотный профиль плазмы крови пациентов с эссенциальной АГ характеризовался снижением уровня валина – у 100%, глицина – у 15,0%; повышением уровня тирозина – у 35,0%, фенилаланина – у 30,0%, серина – у 10,0%. Преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы отмечено у 60,0% подростков, из них у всех пациентов отмечено снижение валина, у 25,0% – глицина. Полагаем, что на аминокислотный состав у пациентов с АГ оказывает влияние исходный вегетативный тонус нервной системы.

Дубовая А.В.¹, Тонких Н.А.^{1,2}, Дудчак А.П.¹, Усенко Н.А.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Актуальность. Одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является недостаток физической активности, которую, по данным ВОЗ (2017г.), испытывает 81% подростков-школьников. При этом различные виды физических нагрузок (ФН) оказывают на изменение артериального давления (АД) как положительный эффект, так и отрицательный.

Цель. Определить реакцию гемодинамики, толерантность к физической нагрузке (ТФН) по данным проведенного нагрузочного тестирования у подростков с гипертонической реакцией (ГР) на ФН в анамнезе для оценки адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы (ССС) и составления рекомендаций по физическим тренировкам.

Материалы и методы. Обследованы 30 подростков (11 девочек и 19 мальчиков) в возрасте 12-16 лет, у которых 1 год назад отмечалась гипертоническая реакция на ФН по результатам проведенного тредмилл-теста (ТТ) по протоколу Bruce. Всем обследуемым исключены первичная и вторичная артериальная гипертензия и установлен диагноз вегетативной дисфункции по гипертензивному типу. Подростки в течение одного года по своему выбору занимались различными видами спорта 3 раза в неделю по 60 минут. По данным проведенного ТТ определяли ТФН, реакцию гемодинамики, время восстановления АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), в покое и в ходе нагрузки регистрировали стандартную электрокардиограмму.

Результаты. У 100% подростков выполненная нагрузка соответствовала физиологическо-

му уровню. При этом у 17 (56,7±9,0%) чел. ЧСС достигла субмаксимальных показателей до 9-й минуты пробы; у 14 (46,7±9,1%) чел. отмечалось замедленное восстановление ЧСС, а у 16 (53,3±9,1%) чел. – замедленное восстановление АД в периоде реституции, что свидетельствует о снижении адаптационных резервов ССС. Нормотонический тип реакции на физическую нагрузку регистрировался у 10 (33,3±8,6%) чел., дистонический – у 1 (3,4±3,3%) чел. Гипертонический тип реакции сохранялся у 19 (63,3±8,8%) чел.

Отмечено, что подростки с ГР на ФН занимались видами спорта с преобладанием высокостатического компонента: тяжелая атлетика, бокс, борьба. Нормотонический тип реакции на физическую нагрузку наблюдался у обследуемых, занимавшихся низкостатическими видами спорта с преобладанием динамического компонента (плавание, фигурное катание, бег, волейбол).

Выводы. Несмотря на высокие показатели ТФН у 100% обследованных, снижение адаптационных резервов и нарушение регуляторных механизмов сердечно-сосудистой системы выявлено у 19 (63,3%) подростков в виде патологической реакции ЧСС, превышения уровня АД на нагрузку, замедленного восстановления этих показателей в периоде реституции. Указанные данные позволили составить индивидуальные рекомендации по оптимизации тренировок у юных спортсменов. Подросткам с ГР на ФН не рекомендованы виды спорта, предполагающие высокие статические нагрузки, предпочтительны ФН с преобладанием динамического компонента.

Дьячкова Л.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк (кафедра факкультетской терапии им. А.Я. Губергрица)

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЯМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Цель работы. Разработка научно обоснованных эффективных программ медицинской реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. В процессе работы были проанализированы отечественные и зарубежные издания по пульмонологии.

Актуальность. Эффективная медицинская реабилитация пациентов с пневмонией, вызван-

ной новым коронавирусом SARS-CoV-2, имеет решающее значение для восстановления и оптимизации результатов неотложной и специализированной медицинской помощи. В связи с этим актуальна разработка научно обоснованной программы медицинской реабилитации пациентов с коронавирусной инфекционной болезнью COVID-19, состав и структура которой включает методы и средства, обладающие доказанной эффективностью.

Результаты. Детально рассмотрены клинические эффекты и предполагаемые механизмы действия реабилитационных технологий у больных с пневмониями, в том числе ассоциированными с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Наиболее изученными из физических методов, имеющих доказанный эффект, являются физические упражнения, дыхательные упражнения, комплексное действие факторов курортной терапии, гидротерапии, оказывающих влияние на

основные клинические проявления основного заболевания, астено-невротический синдром и повышающие иммунитет. Предложены новые методы для формирования клинических рекомендаций по медицинской реабилитации и рассмотрены ее перспективные методы.

Выводы. Необходимы регулярное обобщение и анализ качественных рандомизированных контролируемых клинических исследований по оценке различных физических методов лечения больных пневмониями, ассоциированными с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, которые служат базой для разработки будущих валидных клинических рекомендаций. Своевременная и адекватная специализированная помощь по медицинской реабилитации может иметь решающее значение для сохранения здоровья, снижения инвалидности и смертности больных с пневмониями, ассоциированными с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Дюба Д.Ш.¹, Луцкий И.С.², Марусиченко Е.А.^{1,2}

¹Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

²ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького г. Донецк

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Актуальность. Для суждения о степени опасности операции введено понятие «операционный риск». Однако множество факторов, от которых зависит благополучный исход вмешательства, делают это понятие весьма расплывчатым. Эти факторы включают, как физическое состояние самого больного, так и целый ряд других условий, таких как опыт и знания хирурга, подготовка и квалификация анестезиолога, наличие или отсутствие специального инструментария и фармакологических средств, качество предоперационной подготовки и послеоперационного ухода. По понятным причинам объективный учет и анализ всех этих факторов для каждого пациента практически невозможен. В связи с этим целесообразно при решении вопроса о прогнозе операции исходить из понятия «физического состояния больного», в оценке которого врач опирается на всю совокупность данных, полученных при предоперационном обследовании.

Цель исследования: сравнить количество серьезных осложнений (инсульт + смерть) у пациентов, поступающих на оперативное лечение в Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака.

Материалы и методы. Для анализа отобрано 233 пациента катамнез которых был прослежен в течение одного года после первого осмотра невролога. В целях объективизации, использовалась широко распространенная шкала последствий ишемического инсульта национального института здоровья NIHSS. Возраст больных составил от 43 до 76 лет, средний – $58 \pm 15,5$. Мужчин – 194, женщин – 43, индекс массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$) – $24 \pm 3,1$, АД – 132 ± 16 мм. рт. ст, общий холестерин крови – $6,4 \pm 1,0$ (мм/л), глюкоза крови – $7,0 \pm 2,4$ (мм/л), инфаркт миокарда в анамнезе – у 26% пациентов, нестабильная стенокардия – у 34% пациентов.

Результаты исследования. В обследованной группе осложнения в виде инсульта были у 6 пациентов, 1 пациент умер. Наличие перенесенного инсульта было подтверждено наличием очага по данным МРТ или КТ. По выраженности неврологических нарушений у пациентов, после перенесенного инсульта, наблюдались: параличи и парезы – у 4 пациентов, из них гемиплегия – у 2, грубый и выраженный гемипарез – у 2, легкий и умеренный гемипарез – у 2, речевые нарушения наблюдались у 5 пациентов, нарушения чувствительности – у 4, нарушения высших

психических функций – у 4, зрительные нарушения – у 1. У 4 пациентов был выявлен тотальный инфаркт мозга, характеризующийся поражением всей территории кровоснабжения верхней и нижней

Выводы. Периоперационный мониторинг пациентов с сердечно- имеет важное значение для пациентов, перенесших внесердечное хирургическое вмешательство. Идеальный подход к периоперационной оценке неврологического риска

требует взаимодействия мультидисциплинарной команды в клинике. Это приводит к улучшению коммуникации врача первичного звена, анестезиолога, хирурга, пациента, его родственников, невролога и других вовлеченных специалистов, что способствует принятию решения в свете современных рекомендаций, целью чего является определение наилучшего подхода к снижению периоперационной сердечно-сосудистой смертности.

Дюба Д.Ш.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА ОСТРЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Актуальность. Патогенетическая обоснованность и клиническая эффективность хирургического лечения гемодинамически значимых поражений аорты, брахиоцефальных и коронарных артерий доказаны в ряде мультицентровых исследований, однако нерешенными и дискуссионными остаются вопросы хирургической тактики, прежде всего, выбор объема операции и зоны первичной реваскуляризации, а также способы интраоперационной защиты органов от ишемических повреждений.

Цель. Изучение клинических проявлений мультифокального атеросклероза у больных в их взаимосвязи с гемодинамическими и биохимическими нарушениями с последующим выделением групп риска острых церебральных осложнений.

Материалы и методы. В исследование включены 126 больных с распространенным атеросклерозом и сочетанным поражением нескольких сосудистых регионов, мужчины и женщины (от 45 до 69 лет). Комплекс обследований включал общеклинические методы, ультразвуковое исследование, селективную коронарографию, аортографию с визуализацией сонных, почечных и подвздошных артерий. У всех больных проводили биохимические методы исследования, и проводилась статистическая обработка данных.

Результаты исследования. У 88 пациентов было диагностировано поражение брахиоцефальных артерий, аорты и магистральных артерий нижних конечностей, у 68 – гемодинамически значимые изменения в брахиоцефальных и коронарных артериях, у 24 – изменения коронарных артерий, аорты и магистральных артерий нижних конечностей, в 13 случаях – поражение всех трех артериальных бассейнов. Ишемический инсульт перенесли 23,8% больных, тран-

зиторные ишемические атаки – 47,6%. Всем пациентам выполнены поэтапные реконструкции. Предпочтение отдавали первичной реваскуляризации мозга с учетом возможной нестабильности центральной гемодинамики при выполнении аортокоронарного шунтирования (АКШ). В клинике было выполнено 58 операций на аортобедренном и бедренно-подколенном сегменте, 8 одномоментных и 30 поэтапных реконструкций у больных с сочетанным поражением брахиоцефальных артерий и коронарных артерий аорты, а также магистральных артерий нижних конечностей. Проведено 5 одномоментных операций. В целом в группе обследованных больных увеличение С-РП было в 71,5% случаев. Уровень С-реактивного белка в обследованной группе больных (N=126) находился в пределах от 4,44 до 16,58 мг/мл ($9,13 \pm 0,5$ мг/мл). При клинико-неврологическом обследовании по шкале NIHSS исходный средний балл в группе больных составил $13,13 \pm 1,91$. Общий холестерин крови в группе больных был $7,83 \pm 0,75$ ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности $4,91 \pm 0,64$ ммоль/л, холестерин липопротеидов очень низкой плотности – $1,47 \pm 0,12$ ммоль/л, уровень С-реактивного протеина ($9,13 \pm 0,5$ мг/мл). Было выявлено угнетение антиоксидантной системы (восстановленный глутатион $822,34 \pm 61,98$ ммоль/л) и активация процессов перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид $2,29 \pm 0,08$ ммоль/л). Уровень гомоцистеина в исследуемой группе составил $-14,14 \pm 0,47$ ммоль/л. До операции все пациенты не имели значимых изменений свертывающей системы, за исключением некоторого повышения АДФ агрегации тромбоцитов ($21,89 \pm 2,58\%$).

Выводы. У больных с мультифокальным атеросклерозом артерий повышена концентрация

C-реактивного протеина в сыворотке крови, что ассоциировалось с нестабильностью атеросклеротической бляшки, и выступает в роли маркера ранимых, склонных к разрыву бляшек. Для больных с симптомным мультифокальным атеросклерозом характерно повышение исходных показателей липопротеидов низкой плотности, АДФ

агрегации тромбоцитов, активация системного воспалительного ответа и уровня гомоцистеина, снижение восстановленного глутатиона, что является дополнительным показанием к проведению оперативного вмешательства и в дальнейшем в послеоперационном периоде проведению мониторинга этих показателей

Евтушенко В.А., Евтушенко О.В., Горошко А.В

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра офтальмологии ФИПО

ГРИБКОВЫЕ КАНАЛИКУЛИТЫ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН КРАСНОГО ГЛАЗА И СЛЕЗОТЕЧЕНИЯ

Актуальность. Одной из причин слезотечения и покраснения глаз является воспаление слезных канальцев – каналикулиты. Они сопровождаются покраснением конъюнктивы, упорным слезо- и гноетечением, что доставляет физические и моральные страдания пациенту, снижает его трудоспособность, может быть причиной производственных травм. Чаще всего этиологией является грибковая флора. Это заболевание достаточно хорошо лечится, но представляет сложности в диагностике. Поэтому больные длительно не получают необходимого лечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 39 больных с жалобами на покраснение одного из глаз, слезотечение, которое беспокоило длительное время от года до 3х лет. Врачи окулисты по месту жительства расценивали имеющиеся жалобы как проявление конъюнктивита. Назначенные инстилляционные капли облегчали ненадолго состояние глаз больного, но полного излечения не происходило, через короткие промежутки времени опять наступало обострение процесса.

При обращении больных в клинику и осмотре глаз под микроскопом была выявлена микросимптоматика в виде умеренной гиперемии слизистой, незначительной отечности века в области слезного канальца и висящей из слезной точки капли слизи. Если больной перед осмотром тщательно вытирал глаз, то увидеть слизь можно было только после целенаправленного надавливания на слезный каналец. Иногда при надавливании выделялись крошковидные массы. Слезные пути при этом были хорошо проходимы.

Несмотря на тесный контакт с противоположным веком, во всех случаях воспалительный процесс был ограничен только слезным каналцем одного века. В 5 случаях воспаленный слез-

ный каналец был так расширен содержимым, что имел вид шарика и процесс ошибочно был диагностирован как халязион.

Всем больным в условиях офтальмологического стационара производили обезболивание инстилляциями алкаина и инъекцией в толщу века параллельно слезному каналцу 1.0 мл 2% раствора лидокаина. Через 5 минут производили рассечение слезного канальца по всей его длине, эвакуировали значительное количество находящихся там желтого цвета крошковидных грибковых конкрементов. Воспаленную слизистую выскабливали острой ложечкой, затем, прикрывая роговицу, тщательно тушировали 10% спиртовым раствором иода. Швы не накладывали, асептическую повязку снимали на следующий день. В послеоперационном периоде больным назначали инстилляцию 2% иодистого калия по 2 кап 3 раза в день в течение 7-10 дней.

Результаты и их обсуждение В результате тщательно проведенной диагностики и целенаправленного лечения все больные были довольны, так как отмечали полное выздоровление. Рецидивов не было ни в одном случае. После стихания воспалительного процесса и сокращения тканей, место рассечения слезного канальца имело вид небольшого, 3-4 мм длиной зияющего желобка, который легко справлялся с отводом слезы. Слезотечение не беспокоило ни одного больного.

Выводы. Таким образом, своевременная диагностика грибкового каналикулита должна включать обязательный осмотр слезного канальца и слезной точки под микроскопом, выявление микросимптоматики в виде отека кожи, гиперемии слизистой, выделение из слезной точки слизи или крошковидного отделяемого при целенаправленном надавливании на слезный каналец, промывание слезных путей.

Евтушенко В.А., Евтушенко О.В., Мумрова И.М.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра офтальмологии ФИПО,
КУ ЦГКБ №20 г. Донецк

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ АМИНАЗИНОМ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ЭНУКЛЕАЦИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЕННОЙ ГЛАУКОМЕ

Актуальность. В клинической практике офтальмолог встречается с пациентами, имеющими терминальную некомпенсированную болезненную глаукому различной этиологии. В таких случаях речь идет уже не о восстановлении зрения, а о снятии боли, которая буквально не дает жить больному. Для этого применяют органосохраняющие антиглаукоматозные операции, дренажи, невректомию, алкоголизацию цилиарного узла.

При отсутствии эффекта офтальмолог вынужден предложить больному удаление болящего слепого глаза. Вместе с тем глаз, даже слепой, представляет собой большую косметическую ценность и больному психологически трудно решиться на такую операцию

Материал и методы. Нами изучена возможность медицинской реабилитации больных с сохранением глазного яблока при терминальной болезненной глаукоме различной этиологии путем ретробульбарного введения аминазина

Под нашим наблюдением находились 30 больных, поступивших в офтальмологическую клинику с жалобами на нестерпимую боль и покраснение слепого от глаукомы глаза. Причиной терминальной болезненной некомпенсированной глаукомы у 18 больных (60%) был неоваскулярный процесс на фоне сахарного диабета, у 5 (17%) была вторичная посттравматическая глаукома, в 10% случаев отмечена факогенная природа глаукомы, 13% больных имели увеальную причину глаукомы.

У всех больных было полное отсутствие остроты зрения в течение от 2-х лет и более. Болевой синдром имел место в течение от 1 до 3-х месяцев. Уровень ВГД колебался от 35 до 60 мм рт ст. Объективно: имелась застойная инъекция глазного яблока, отек роговицы, передняя камера средней глубины, выраженный рубезоз, различной степени помутнение в хрусталике, глаз-

ное дно не офтальмоскопировалось.

Инстилляцией гипотензивных препаратов различного механизма действия (азарга, ксалатамакс, люксфен, фотил-форте и др.) не достигали желаемого эффекта и все больные были вынуждены длительно принимать мочегонные и обезболивающие препараты.

Всем больным в условиях офтальмологического стационара производили инъекцию 1.0 мл 2% лидокаина ретробульбарно, затем не вынимая инъекционной иглы другим шприцем вводили 1.5-2.0 мл 2,5% аминазина. Обязательным условием являлось сохранение больными постельного режима не менее 2-х часов и контроля АД во избежание ортостатического коллапса.

Результаты и их обсуждение. Сразу после введения аминазина появлялся выраженный отек век, экзофтальм, офтальмоплегия. С эстетической целью больному на глаз накладывали асептическую повязку. У всех больных болевой синдром исчезал полностью на вторые сутки. У одной больной в течение 3-х суток оставались жалобы на дискомфорт в глазу в связи с наличием трофической кератопатии (лечебная контактная линза устранила эти жалобы). Введение аминазина на уровень офтальмотонуса не влияло. Явления офтальмоплегии и отека век постепенно в течение 3-5 дней проходили. Отдаленные результаты от 6 месяцев до 3-х лет свидетельствуют об устойчивости достигнутого обезболивающего эффекта.

Выводы. Таким образом, аминазин оказывая местное травматическое воздействие на чувствительную иннервацию глаза, производит медикаментозную денервацию, не снижает офтальмотонус, но снимает боль. Этот метод достаточно прост, доступен и реально эффективен у пациентов с болящей терминальной глаукомой с целью сохранения глаза как органа, что способствует улучшению качества жизни пациентов.

Евтушенко Е.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ Г.ДОНЕЦКА

Цель работы состояла в оценке гендерных отличий в распространенности расстройств психического здоровья среди подростков эко-кризисного региона в условиях локального военного конфликта.

Материалы и методы. В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 8 тяжелых металлов (ТМ) и металлоидов в почве. Выполнен анализ распространенности расстройств психики и поведения среди подростков (с учетом вклада девушек и юношей) по самым «грязному» (Б.) и «чистому» (В.) районам (не пострадавшим от боевых действий) г. Донецка в сравнении с загрязненными районами К. и П., находившимися в зоне военного конфликта, и со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного (2010-2013 гг.), переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и стабильного военного (2017-2019 гг.). Для расчета интенсивных показателей использовались официальные учетно-статистические документы, показатели среднегодовой численности подросткового населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения, с выкопировкой данных по районам. Рассчитаны коэффициенты парной корреляции Пирсона ($p < 0,05$) между уровнями расстройств психики у подростков и максимальной кратностью превышения концентрации ТМ в почве каждого района.

Результаты и обсуждение. В контрольном районе В. сокращение численности подростков впервые зарегистрировано с началом боевых действий в 2014 г., в районе П. – в 2016 г., резкое падение произошло в 2015 г. (В.) и в 2018 г. В районах Б. и П., как и по городу в целом, сокращение численности подростков началось в

военном стабильном периоде с 2017 г., с резким падением в 2018 г. В течение всего анализируемого периода наблюдалась общая тенденция к росту всех показателей расстройств психики и поведения у подросткового населения в военные периоды, достоверная – в районах П. ($p < 0,01$) и В. ($p < 0,05$) как среди девушек, так и юношей. Уровни распространенности данной патологии в районах Б. и П. были выше среднегородских, а в «чистом» районе В. – ниже (даже при максимальном росте в военный период), т.е. в загрязненных районах (Б., П., К.) были больше, чем в контрольном, причем различия с П. и Б. – значимые ($p < 0,01$), в т.ч. среди юношей. В военный стабильный период уровни среди подростков района П. достоверно ($p < 0,01$) превышали таковые всех остальных районов как среди девушек, так и юношей. Распространенность расстройств психики среди юношей была значимо выше, чем у девушек на протяжении всех 10 лет в районах П., Б. ($p < 0,01$) и В. ($p < 0,05$), в течение военных периодов – в районе К. ($p < 0,05$). Т.о., ТМ являются факторами риска, однако линейная корреляционная связь с токсичными свинцом, кадмием не установлена. В военный переходный период отмечена сильная связь показателей расстройств психики только с содержанием мышьяка среди всех подростков ($r=0,950$) и юношей ($r=0,965$), а также слабая – в последующий период в тех же группах, среди девушек таких связей не было выявлено. Влияние мышьяка определили окраинные районы с многочисленными шахтными поселками, отапливаемыми за счет сжигания твердого топлива. Очевидно, ведущий фактор риска – последствия стресс-индуцированных состояний (в первую очередь, среди юношей) на фоне загрязнения окружающей среды.

Евтушенко Е.И., Панченко Д.Р., Токарева А.С.

Городская психиатрическая больница №1 г. Донецка Министерства здравоохранения ДНР

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

В течение последних 6 лет, Донбасс находится в зоне локального военного конфликта, в связи с этим психическое здоровье его жителей стало

менее стабильным. Как известно врачам разных специальностей, изменения в душевном равновесии всегда влекут за собой изменения в сома-

тическом состоянии любого пациента. Именно поэтому необходимо четко давать оценку психическому состоянию пришедшего на прием больного, ведь, как правило, люди с таким диагнозом, как тревожно-депрессивные расстройства не обращаются вовремя к специалистам, а пытаются переждать его, вследствие чего, возникают соматические реакции организма и граждане идут к врачам другого профиля, а без правильного лечения состояние усугубляется и приводит к тяжелым психическим расстройствам.

Тревожно-депрессивное расстройство-это пограничная патология между тревогой и депрессией с симптомами обоих расстройств. Симптомы данного расстройства можно разделить на две категории:1. Психические симптомы. Они включают в себя широкий спектр различных психических проявлений, как понятно из названия заболевания это необъяснимая тревога, беспокойство, страх без видимой причины, раздражительность, повышенная утомляемость, эмоциональные колебания от агрессии до полной апатии, нарушения сна, плаксивость, ожидание чего-то худшего, низкая самооценка. 2. Соматические симптомы. Их проявления заключаются в учащенном сердцебиении, потливости, ознобе, головокружении, тошноте, нарушении аппетита и работы желудочно-кишечного тракта, различные гипертонусы.

Данный диагноз выставляется на основе клинической картины, анамнеза жизни, патопсихологического исследования, но в связи с постоян-

ным проживанием в зоне локального военного конфликта, организм постоянно находится в стрессовой ситуации, поэтому появление данных симптомов не вызывает нужную реакцию у пациентов для обращения за специализированной психиатрической квалифицированной помощью.

Из нашей практики лечения пациентов с такими диагнозами можно выделить несколько компонентов, которые должны использоваться одновременно для достижения полного выздоровления у таких пациентов. Медикаментозная терапия включает в себя применение антидепрессантов, желательны селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина и анксиолитиков . Психотерапия, как правило, используется когнитивно поведенческая или же рациональная. Так же применяют физиотерапевтические процедуры, рефлексотерапию, когда это уместно.

Гиппократ говорил: «Болезнь легче предупредить, чем лечить». Поэтому меры профилактики данного заболевания являются для жителей нашего региона необходимой мерой. Такие, как наличие постоянного хобби, которое будет отвлекать от повседневной жизни, здоровый сон, уменьшение физических и психических нагрузок, отказ от употребления спиртных напитков и табачных изделий, поиск позитивного вокруг себя, и крепкие семейные узы.

Егорова В.В., Кишеня М.С., Луцкий И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ КАК МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЕ ПОЛИГЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Ежегодно в мире 15 млн человек переносят инсульт, и количество смертельных исходов от этой патологии ежегодно увеличивается. Данные о заболеваемости инсультом в Российской Федерации (400-450 тыс. случаев инсульта в год) получены с помощью расчета, основанного на данных об общей заболеваемости первичным и повторным инсультом (2,5-3 на 1000 населения). Заболевание может возникнуть в любом возрасте, но наиболее высокий уровень наблюдается у лиц в возрасте от 45 до 75 лет. Инсульт занимает 2-е место среди ведущих причин смерти во всем мире и является основной причиной деменции и связанного с возрастом снижения когнитивных возможностей. У большинства пациентов возникает стойкая утрата трудоспособности, что де-

лает инсульт ведущей причиной инвалидизации взрослого населения. Инсульт возникает в результате внезапной окклюзии или разрыва кровеносного сосуда головного мозга, соответственно различают ишемический (ИИ) или геморрагический (ГИ) инсульт. Основную долю инсультов составляет ишемический инсульт и наблюдается приблизительно в 85% случаев. ИИ наблюдается приблизительно в 85% случаев. Несмотря на то, что хорошо известными факторами риска развития инсульта являются артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, сахарный диабет и курение, в ряде случаев инсульт обусловлен неизвестными причинами. Вероятно, одной из таких причин является генетическая предрасположенность. Исходя из этого, ИИ определяется

как комплексное (мультифакториальное) полигенное заболевание, т.е. развивается в результате взаимодействий между традиционными факторами риска и генетической компонентой, которая формируется в результате совместного вклада множества независимо действующих или взаимодействующих полиморфных генов. В настоящее время для поиска генетической предрасположенности к ИИ используется два основных подхода, основанные на анализе ассоциации между полиморфными участками генома и заболеванием метод «ген-кандидат» и полногеномный поиск ассоциаций, с последующим метаанализом полученных результатов. Роль генетических факторов в развитии инсульта и других многофакторных заболеваний нервной системы – одно из интенсивно развивающихся направлений современной неврологии. Распределение полиморфных вариантов генов Gln192Arg PON1, Leu28Pro ApoE, C3238G APOC3, S447X LPL, Thr715Pro SELP, Ser128Arg SELE отвечающих за липидный обмен и сосудистую ре-

генерацию изучено недостаточно в неврологии. Полиморфные варианты указанных генов могут рассматриваться как перспективные и претендуют стать отправной точкой для исследования молекулярных механизмов, определяющих патофизиологию ИИ. Однако до настоящего времени полиморфизмы указанных генов не были изучены в комплексе, в однородной группе, для выяснения возможной ассоциации с развитием ИИ. Это послужило поводом для проведения научного исследования. Выявление генетических вариантов, предрасполагающих к возникновению инсульта, является первым шагом к разработке диагностических тестов для выявления риска возникновения инсульта и разработке инновационных методов лечения, которые помогут снизить общее бремя заболевания. Дальнейшие исследования в данной области позволят выявить новые фенотипы и описать биологические механизмы заболевания, а также расширить понимание генетических особенностей пациентов с инсультом.

Егорова М.А., Талалаенко Ю.А., Минович Е.Д.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИНВОЛЮТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИИ

Актуальность. Хроническая гипертензия увеличивает частоту внутриутробной гибели плода, преждевременных родов, отслойки нормально расположенной плаценты. Благоприятное окончание беременности при данной патологии зависит от морфофункциональных изменений в плаценте и состояния компенсаторно-приспособительных реакций в ней.

Целью данного исследования явилось определение особенностей гистоморфологических изменений в плацентах у родильниц с хронической гипертензией.

Методика исследований. Проведено гистоморфометрическое исследование тканей плацент, полученных после родов от 60 беременных с хронической гипертензией и 36 соматически здоровых беременных, составивших контрольную группу. Определялись наиболее значимые количественные показатели, характеризующие функциональные и компенсаторные возможности плаценты.

Результаты исследований. При макроскопическом исследовании плацент женщин обеих групп материнская поверхность плаценты была темно-красного цвета, состояла из котиледонов

разных размеров, ткань на разрезе была умеренно полнокровной. На материнской поверхности располагались мелкие очаги кальцинатов. Петрификаты визуализировались в плацентах женщин с ХГ в 36,7±6,2% случаев, в контроле в 19,4±6,6% случаев ($p<0,05$).

В контрольной группе морфологические изменения в тканях плацент были обычными, для нормально протекающей беременности. Ворсинчатый хорион, как правило, представлен зрелыми ворсинками с хорошей обеспеченностью синцитиального слоя. Отмечалось умеренное содержание синцитиальных узелков. Капилляры терминальных ворсин располагались в периферических и парацентральных отделах, имели узкий просвет. В 21 (58,3±6,4%) случае компенсаторные реакции в периферической зоне плаценты были умеренными, в 15 (41,7±6,4%) случаях – более выражены.

В плацентах контрольной группы инволютивно-дистрофические изменения были умеренно выражены как в центральной, так и в периферической зонах. Прослойка фибриноида в субхориальном отделе и базальной пластине небольшая.

В плацентах женщин, беременность которых протекала на фоне хронической гипертензии наблюдались отличия гистоструктуры по сравнению с контрольной группой, наиболее выраженные в периферической зонах плаценты. Так в 23 (35,0±7,9%) плацентах преобладали выраженные компенсаторно-приспособительные процессы, в 30 (50,0±8,3%) доминировали ярко выраженные инволютивно-дистрофические процессы, в 9 (5,0±3,6%) плацентах отмечены изменения, характерные для нормально протекающей беременности. В группе плацент с преобладанием компенсаторно-приспособительных процессов отмечался усиленный рост терминальных ворсин хориона, гиперплазия капилляров. Циркуляторные нарушения в плацентах были представлены распространенными и обширными кровоизлияниями в базальную пластину и межворсинчатое пространство, тромбозами, стазами. Инволютивно-дистрофические процессы были представлены в основном увеличенным отложе-

нием фибриноида в области базальной пластины и плодовой части плаценты, в межворсинчатом пространстве. Отмечался выраженный фиброз стромы ворсин разного калибра, отек ворсин. В случае «замурованных» среди масс фибриноида ворсин в соседних участках резко увеличивалось количество синцитиальных узелков, преимущественно нефункционирующих. Нередко в этих же полях определялись значительные отложения кальция (в 25,0±5,6% – в центральной и в 35,0±6,2% – в периферической зоне плаценты).

Выводы. На основании гистоморфометрического исследования можно сделать вывод, что хроническая гипертензия отрицательно влияет на структуру и функциональные возможности плаценты, проявляясь нарушением ее компенсаторных возможностей с развитием инволютивно-дистрофических изменений, что особенно наглядно характеризуется резкими количественными и качественными изменениями в микроциркуляторном русле.

Егорова М.А., Талалаенко Ю.А., Минович Е.Д., Карандей Ж.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПТИМИЗАЦИЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА ГИНОДЕК

Одной из острых проблем акушерства и перинатологии является родовой травматизм плода и новорожденного, имеющий не только медицинское, но и социальное значение, поскольку родовая травма обуславливает и перинатальную смертность, и детскую инвалидность. В I веке до нашей эры применяли масла для смазывания родовых путей. Современный препарат Гинодек, содержащий 0,5% гиалуроновую кислоту, антисептический компонент (0,02% декаметоксин) и лактатный буфер, способен уменьшать силу трения, возникающую между родовыми путями матери и плодом в процессе родов, увеличивает резистентность мягких тканей к растяжению.

Цель исследования: изучение эффективности введения геля Гинодек в первом и втором периодах родов.

Материал и методы.

Изучены течение родов у 168 женщин на базе родильного дома ГБ №6 г. Донецка. В исследование включались первородящие женщины 18-40 лет с одноплодной беременностью. Анализировались спонтанные естественные роды в переднем виде затылочного предлежания, предполагаемый вес плода 2500-4000 г. Прием Кристеллера не использовался ни в одном случае.

Все беременные были разделены на две группы. Группу I (основную) составили 86 женщин,

которым вводили гель Гинодек в I и II периодах родов; группу II (контрольную) – 82 женщины, которым не вводили этот препарат. Препарат вводили в дозировке 5-30 мл во время вагинальных осмотров в родах, начиная с первого вагинального обследования. Введение геля Гинодек в течение всего периода родов позволяет влиять на статическое и динамическое трение, причем в первом периоде родов уменьшается статическое трение, а во втором – динамическое трение.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате использования препарата Гинодек сократился второй период родов на 22 минуты (на 31%), что было статистически и клинически значимо. Продолжительность первого периода родов снизилась на 55 мин (на 18%). Общая продолжительность первого и второго периодов родов в I группе пациенток сократилась на 77 мин. Частота повреждений мягких тканей родового канала у всех женщин с использованием геля снизилась в два раза ($p < 0,05$). Количество женщин с неповрежденными мягкими тканями промежности при введении геля составило 50%, а без введения геля – 24,4%.

Во время использования препарата Гинодек не было отмечено неблагоприятных или побочных эффектов для матери и плода, потенциально связанных с использованием геля.

Выводы. Использование препарата Гинодек в родах способствует укорочению II периода родов на 31%, позволяет снизить частоту повреждения мягких тканей родового канала и промежности.

Отсутствие побочных эффектов данного препарата на роженицу и плод позволяет эффективно снизить родовой травматизм и перинатальную смертность.

Егорова М.А., Талалаенко Ю.А., Петренко С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНЕЙ

За последние 20 лет во всем мире отмечен резкий скачок количества многоплодных беременностей и родов, и эта тенденция сохраняется и в настоящее время. При этом из числа всех многоплодных беременностей более 98% приходится на двойни. Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности и родов, повышении удельного веса кесарева сечения, осложнений послеродового периода, повышенном уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки.

Целью исследования была оценка эффективности использования акушерского разгружающего пессария у беременных с бихориальной двойней и высоким риском невынашивания.

Материалы и методы исследования.

Проанализировано 38 случаев введения акушерского разгружающего пессария беременным бихориальной двойней и с признаками невынашивания, в сроках 18-27 недель беременности (основная группа). В контрольную группу вошли 22 женщины с бихориальной двойней в сроках 18-27 недель беременности, 13 из которых которым проводилась традиционная токолитическая терапия по поводу угрозы невынашивания, 9 женщинам наложен циркулярный шов на шейку матки.

Результаты исследования и их обсуждение.

При введении акушерского пессария 38 беременным осложнений не было. Ни в одном из 38 случаев, даже при непрерывном ношении пессария в течении 20 недель, не отмечено случаев трофических изменений влагалища. Токолитическая терапия, в связи с жалобами на боли внизу живота, была проведена до и после введения пессария 13 женщинам (34,0%).

В основной группе женщин срочные роды

произошли в 36 (87%) случаях, в контрольной – в 15 (68%) случаях. Течение родов осложнилось преждевременным излитием околоплодных вод у 5 (13,1%) пациенток основной группы и 6 (27,3%) пациенток контрольной, безводный промежуток не превысил $8,4 \pm 1,5$ ч и $12,2 \pm 2,6$ ч соответственно ($p < 0,05$). Средняя продолжительность родов составила $10,5 \pm 2,3$ ч в основной группе и $9,5 \pm 2,6$ ч в контрольной. Кровопотеря в родах через естественные родовые пути составила в среднем 290 ± 27 мл и 330 ± 39 мл, патологической кровопотери у наблюдаемых пациенток не было.

Родоразрешение путем кесарева сечения выполнено у 7 (18,4%) пациенток основной группы и у 6 (27,3%) пациенток контрольной. В основной группе кесарево сечение проведено в плановом порядке, показаниями были тазовое предлежание первого плода. В контрольной группе операция была проведена в 3 случаях в плановом порядке по поводу тазового предлежания первого плода, в 2 случаях в связи с развившимся дистрессом плода в родах в сроке 35 недель, в 1 случае имела место отслойка нормально расположенной плаценты в первом периоде родов. В контрольной группе при проведении консервативной токолитической терапии 12 женщинам, преждевременные роды наступили у 4 беременных (18,1%), перинатальные потери составили 4,5%.

Выводы. Использование разгружающего акушерского пессария является патогенетически обоснованным у беременных с многоплодием и позволяет пролонгировать беременность до доношенного срока у 90% беременных исследуемой группы, снизить медикаментозную нагрузку на беременную и плод, что отвечает современным принципам перинатологии.

Егорская А.Т., Шуткова А.Ю.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, г. Нижний Новгород, Россия

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ УДВОЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННОГО

Введение. Удвоение спинного мозга (СМ), или диастематомиелия (ДМ) – это врожденный порок его развития, характеризующийся двигательными, чувствительными, трофическими и тазовыми нарушениями; своевременно не диагностируется.

Цель. Представить клинический случай ДМ у новорожденного.

Материалы и методы. В Детской городской клинической больнице №1 города Нижнего Новгорода находилась на стационарном лечении девочка в возрасте 3 дней (3280 г, 52 см), от 3 беременности на фоне гестационного сахарного диабета, анемии, отеков, герпеса, респираторной вирусной инфекции. Роды путем кесарева сечения. Состояние средней степени тяжести, 6/8 баллов по шкале Апгар. Со 2 суток желтуха. Проведены клинико-лабораторные исследования и инструментальные обследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек (УЗИ), магнитно-резонансная томография позвоночника (МРТ), компьютерная томография позвоночника (КТ).

Результаты. В соматическом статусе: кожные покровы иктеричные, сосудистое пятно на коже спины, асимметрия лица, наклон головы, укорочение левой нижней конечности, варусная деформация левой стопы, гипотрофия левой голени, бедра, ограничение разведения бедер. В неврологическом статусе: мышечный тонус перемный, рефлексы новорожденных снижены.

Нейросонография: гипоксически-ишемические изменения. Осмотр и полученные результаты при проведении УЗИ, КТ и МРТ позволили поставить диагноз: врожденные пороки развития позвоночника – Spina bifida posterior на уровне Th7-Th12, L5-S4; нарушение сегментации Th7-Th12, частичная сакрализация L5 слева, частичная конкресценция с S1 слева, комплексная аномалия развития нотохорды и спинного дисрафизма: ДМ II типа, фиксированный СМ, субдуральная ликворная подушка в грудном отделе позвоночника; относительное укорочение левой нижней конечности; варусная деформация левой стопы; установочная кривошея; подковообразная почка, неонатальная желтуха. Консервативное лечение с положительной динамикой. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой (11 койко-дней).

Заключение: При наличии стигм дизэмбриогенеза и пороков развития внутренних органов, позвоночника, асимметрии конечностей необходимо оценить неврологический статус, по УЗИ, КТ, МРТ исследовать строение внутренних органов, позвонков и СМ. Ранняя диагностика удвоения СМ у новорожденного позволяет врачам разных специальностей подобрать тактику и сроки лечения, направленного на профилактику поздно проявляющихся клинически тяжелых неврологических последствий фиксированного СМ и отдаление дебюта симптомов, ухудшающих качество жизни.

Егорская Е.Т., Стельникова И.Г., Карпова И.Ю.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ АППЕНДЭКТОМИЙ

Цель исследования – представить частоту встречаемости и варианты расположения червеобразного отростка у детей по результатам аппендэктомий.

Актуальность

Острый аппендицит (ОА) является одним из наиболее частых неотложных заболеваний органов брюшной полости, требующих экстренного

хирургического лечения. В детском возрасте изменения в червеобразном отростке (ЧО) нередко приводят к аппендикулярному перитониту. Диагностика ОА остаётся у части детей затруднительной. Анатомические особенности расположения ЧО могут влиять на тактику диагностики и лечения ОА у детей.

Методы исследования

В 2019 г. на базе хирургического отделения детской городской клинической больницы №1 г. Нижнего Новгорода было оперативно пролечено 146 детей с ОА, из них: 53 (36,3%) было девочек, 93 (63,7%) – мальчиков. Возраст варьировал от 4 лет до 17 лет, в среднем составил $11,24 \pm 3,11$ лет. Все дети были экстренно госпитализированы с жалобами на тошноту, рвоту, боль в правой подвздошной области, давность от начала болей составляла от 1 до 3 дней. У части детей температура тела была субфебрильной. В общем анализе крови у всех пациентов определялся умеренный лейкоцитоз и небольшое увеличение скорости оседания эритроцитов. Осмотр, клиничко-инструментальное обследование и лечение регламентированы клиническими рекомендациями.

Результаты и обсуждения

В результате оценки клинических данных было проведено 103 аппендэктомии лапаротомным доступом, 40 лапароскопических аппендэктомий, 3 диагностические лапароскопии (2 неспецифических мезаденита, 1 пельвиоперитонит). Выявлено и подтверждено патоморфологически: 80 острых флегмонозных аппендицитов, 27 острых гангренозных аппендицитов (из них осложнённые оментитом – 8, местным перитонитом – 4, их сочетанием – 2), 25 острых гангренозно-перфоративных аппендицитов (из них осложнённые местным перитонитом – 19, в том числе в сочетании с оментитом – 3, с периаппендикулярным абсцессом – 7; разлитым перитонитом – 6, в том числе с оментитом – 1, с периаппендикулярным абсцессом – 1), 11 катаральных аппендицитов (в том числе 5 вторичных). Средний размер ЧО составил $7,8 \times 1,2 \times$

$1,1$ см.

Частота встречаемости топографических вариантов расположения ЧО у детей составила: нисходящее – 51 (34,9%), медиальное нисходящее – 7 (4,7%), медиальное – 5 (3,4%), восходящее – 5 (3,4%), латеральное нисходящее – 9 (6,1%), латеральное – 5 (3,4%), ретроцекальное – 48 (32,8%), тазовое – 12 (8,2%), высокое подпечёночное – 3 (2,0%), медиально, закручен в виде улитки – 1 (0,6%).

Выводы

По результатам данного исследования ОА чаще встречается у мальчиков (63,7%). Средний возраст пациентов составил $11,24 \pm 3,11$ лет. Средний размер ЧО составил $7,8 \times 1,2 \times 1,1$ см. Среди топографических вариантов расположения аппендикса преобладает нисходящее расположение (34,9%), ретроцекальное расположение (32,8%). В меньшей степени встречалось высокое подпечёночное расположение (2,0%). В одном случае наблюдалось медиальное расположение ЧО, закрученного в виде улитки. Данные анатомические особенности расположения аппендикса у детей позволяют сделать вывод о том, что локализация болей в животе при ОА зависит от расположения ЧО, что требуется учитывать в клинической оценке болевого синдрома при диагностике воспаления аппендикса. Также на наличие деструктивных форм влияет время обращения от начала болевого синдрома. При обращении в первые сутки заболевания наблюдаются флегмонозные, катаральные, гангренозные аппендициты. При более позднем обращении встречаемость деструктивных осложнённых форм возрастает.

Ельский В.Н., Городник Г.А., Пищулина С.В., Чернобровцев П.А., Кишеня М.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является медико-социальной проблемой, так как с одной стороны занимает ведущее место в структуре травматизма и обуславливает высокий уровень летальности, с другой – наблюдается наиболее часто у лиц трудоспособного возраста и приводит в большом проценте случаев к инвалидизации. Патогенетические аспекты ЧМТ продолжают изучаться с целью выявления возможных вариантов целенаправленной фармакологической коррекции для улучшения прогноза и вы-

живаемости пострадавших. К факторам вторичной альтерации при ЧМТ можно отнести нарушения, развивающиеся вследствие нарушения микроциркуляции, при этом изменения как со стороны эндотелия сосудов, так и со стороны агрегатного состояния крови обуславливают развитие осложнений и распространение очага повреждения.

Цель. Установить роль эндотелиальной дисфункции и нарушений в системе гемостаза у больных с ЧМТ.

Материалы и методы. Основную группу составили 112 пациентов в возрасте от 23 до 59 лет с диагнозом тяжелая ЧМТ. Контрольную группу составили 38 добровольцев в возрасте от 25 до 56 лет, которые проходили обследование при прохождении профосмотра. Группу сравнения составили 42 пациента с легкой ЧМТ. У пострадавших с ЧМТ проводили исследования системы гемостаза: активированное парциальное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), протромбиновое время (ПВ), концентрация фибриногена, уровень Д-димера, число тромбоцитов (Т); маркеры эндотелиальной дисфункции: эндотелин-1 (ЭТ1), эндотелиальную NO-синтазу (eNOS) и индуцибельную NO-синтазу (iNOS), метаболиты оксида азота; показатели, характеризующие ответную реакцию организма на повреждение: С-реактивный белок, интерлейкины (IL) 1 β , 6, 10, 12 и фактор некроза опухоли α (ФНО α); оценивали лейкоцитарно-тромбоцитарную адгезию в момент поступления в стационар и на 1, 3, 7, 14 сутки после травмы. При статистической обработке определяли нормальность распределения, использовали критерий Манна-Уитни для сравнения двух групп, взаимосвязь показателей оценивали с помощью корреляционного анализа с использованием непараметрического критерия Спирмена и параметрического критерия Пирсона. Различия считали достоверно значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Изменения со стороны системы гемостаза наблюдались уже в течение 1-х суток

после травмы: снижение количества Т наблюдалось у 28% пациентов с тяжелой ЧМТ, повышение уровня Ф – у 16%, снижение ПТИ – у 37%, укорочение АЧТВ – у 35%; к 3-м суткам наблюдалось повышение уровня Д-димера, наблюдалось повышение количества лейкоцитарно-тромбоцитарных агрегатов. Также у пострадавших с ЧМТ наблюдали признаки эндотелиальной дисфункции: уровень ЭТ1 был повышен у 62% пациентов, уровень стабильных метаболитов NO – у 69%, активность iNOS – у 71%. Вместе с тем, уровень eNOS снижался у 77% пациентов. Тяжесть состояния и выраженность неврологической симптоматики коррелировала с выраженностью нарушений в системе гемостаза и закономерно приводило к повышению уровня в крови провоспалительных цитокинов IL-1 β , IL-6, ФНО α . К 3-м суткам была выявлена прямая связь между степенью повышения IL-12 и формированием лейкоцитарно-тромбоцитарных агрегатов ($r=0.68$; $p<0,01$).

Вывод. Тяжелые повреждения головного мозга сопровождаются выраженными изменениями системы гемостаза и эндотелиальных факторов. Развивающаяся эндотелиальная дисфункция вносит свой вклад в патогенез нарушений микроциркуляции, тромбообразования и расширения площади вторичной альтерации. Тромбообразование в более выраженной степени наблюдается при тяжелом течении ЧМТ и может рассматриваться в качестве неблагоприятного прогностического признака.

Емельяненко К.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

БИОЭТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ В ДНР

На данный момент проблемы донорства крови и органов вызывают серьезные этические разногласия в обществе, которые по сути можно свести к двум основным позициям: либеральной и консервативной. Современные сторонники консервативного подхода аргументируют свою позицию двумя важнейшими постулатами теории антропоцентризма: натуралистическо-прагматическое отношение к телу человека и признание конечности жизни и отрицание бессмертия души. Современное либеральное воззрение на указанную проблему связывает развитие трансплантологии не только с успехами медицины, но и с преодолением религиозного представления о сердце человека как «вместилище души»,

как символе идентичности субъекта и личности. Общество постепенно преодолевает психологический барьер религиозно-традиционной культуры с ее отношением к смерти. Особое место в биоэтике занимает концепция «биологических даров». Суть указанной концепции сводится к безвозмездности, жертвенности акта передачи органов донором. В тоже время, предпринимается попытка объединения в рамках либеральной позиции нравственной идеи «дара» и попыток извлечения некой экономической компенсации, соотношение «экономической выгоды» и «гуманности». По нашему мнению, это очень зыбкая позиция, которая неизбежно может привести к завуалированной торговле органами и тканями,

в первую очередь живых доноров. Кантовский критерий этичности (рассмотрение человека как «цели», а не как «средства») несоразмерен с подобной экономической разумностью и целесообразностью. Именно кантовский критерий этичности положен в основание статьи 1 Закона РФ «О трансплантологии...», где четко оговорено: «Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи». Как видим, даже такое благородное дело – спасение человеческой жизни может вызвать большое число негативных последствий. Предоставление органа и его «завещание» должно быть исключительно добровольным делом. Это акт спасения человеческой жизни через смерть. Это сугубо добровольный акт, поэтому только прижизненное письменное согласие на забор органов и тканей

после смерти должно стать единственным этическим и правовым основанием. В настоящий период в ДНР отсутствует специальный закон в области трансплантации, в связи с чем, медицинские работники руководствуются украинскими подзаконными актами, распоряжениями и нормами Закона Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку», принятого в 1999 г. В связи с этим считаем, что данная проблема требует безотлагательного решения, поскольку закон о трансплантации является одним из важнейших в медицине, который определяет условия и порядок применения трансплантации как специального метода лечения, обеспечивает соблюдение прав человека и защиту человеческого достоинства при применении трансплантации.

Емельянова Е.С., Герман О.П., Минаков Г.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ В Г. ДОНЕЦК

Ежегодно сотни тысяч человек погибают в результате воздействия высоких температур. Порядка 180 тысяч случаев приходится на летальные исходы ожоговой травмы (согласно оценке специалистов Всемирной организации здравоохранения). Лечение ожогов требует оказания высококвалифицированной медицинской помощи. Если жизнь пациента удастся спасти, предстоит длительная госпитализация. Исходом могут быть рубцовые изменения, инвалидность, что влечёт за собой нарушение социальной адаптации и давление общественного мнения.

В данном исследовании использовался ретроспективный анализ случаев ожоговой травмы, завершившихся летальным исходом по данным актов судебно-медицинского исследования трупов и заключений экспертов по архивным материалам Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики за период 5 лет.

Наиболее часто наблюдались ожоги головы, туловища и рук второй и третьей степени. Судебно-медицинский диагноз «термические ожоги» составил 64% всех летальных случаев за исследуемый период. Второй по частоте встречаемости – ожог пламенем, констатирован в 28% случаев, так же зафиксированы комбинированные повреждения – 4,7%. Четвёртое место занимают случаи смерти в результате поражения

техническим электричеством и ожог горячей жидкостью – по 3%.

Большая часть пострадавших с ожогами (64%) – лица трудоспособного возраста. Менее трети погибли до оказания квалифицированной медицинской помощи (23%). С увеличением тяжести полученной травмы закономерно возрастало число осложнений ожоговой болезни. Наиболее распространенными явились сепсис, ожоговый шок и гнойно-резорбтивная лихорадка.

Поражение внутренних органов при ожоговой травме имеет в своей основе микро- и макроскопическую патологию. При судебно-медицинском исследовании трупов с ожоговой травмой были выявлены изменения практически всех внутренних органов, степень выраженности которых зависит от тяжести течения ожоговой болезни. Среди них наиболее часто встречались: инфекционно-токсические миокардиодистрофии и миокардит, пневмония, гнойно-некротический трахеобронхит, острый гепатит, дистрофия эпителия почечных канальцев, а также церебральные осложнения, проявляющиеся в виде энцефалопатии, инсультов и менингита.

Среди распределения летальных случаев ожоговой травмы на протяжении указанного периода достоверной закономерности не выявлено, что свидетельствует о многофакторности данного вопроса и требует более детального изучения.

Дальнейшее расширение и углубление знаний о развитии и течении ожоговой болезни будет способствовать разработке новых методов

диагностики и лечения ожоговых травм, снижению летальности среди пациентов.

Ермаченко А.Б., Котов В.С., Пономарева И.Б., Садеков Д.Р., Темертей С.И.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО», г Донецк

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

Проведен медико – статистический анализ показателей загрязнения объектов окружающей среды и состоянии популяционного здоровья городского населения основной исследуемой группы (Донецк, Макеевка, Енакиево, Горловка, Снежное, Торез, Харцызск, Шахтерск) и контрольной группы (Новоазовск), которые существенно различаются по уровню антропогенного загрязнения за 2008-2018 гг.

Гигиеническая оценка антропогенного загрязнения окружающей среды осуществлялась на основании определения содержания вредных химических веществ в основных ее объектах – атмосферном воздухе, питьевой воде, почвах индустриально-городских зон, а также в продуктах питания, произведенных из местного сырья.

Комплексная гигиеническая оценка состояния воздушной среды показала, что уровень антропогенного загрязнения атмосферного воздуха является недопустимо высоким во всех городах региона (кроме контрольного города Новоазовск), причем очень опасным – в крупных городах с развитой многоотраслевой промышленностью: Енакиево и Макеевке (показатель предельно допустимого загрязнения – ПДЗ – выше 8,0), опасным – в Донецке и Горловке (ПДЗ от 4,4 до 8,0), а наименьшим (умеренно опасным, ПДЗ от 2,0 до 4,4) – в относительно небольших городах с доминированием одной (угольной) отрасли производства – Шахтерске, Харцызске, Снежном и Торезе.

Анализ загрязнения почв обнаружил, что наименее загрязненные и, следовательно, безопасные для здоровья человека почвы находятся в городах Новоазовск, Снежное и Торез (показатель суммарного загрязнения почв – $Z_c < 16$). Наиболее загрязнены и опасны для здоровья почвы в городах Горловка, Енакиево ($Z_c > 128$).

Современными закономерностями динамики основных демографических показателей в городах Донбасса являются непрерывное снижение рождаемости, стремительное повышение смерт-

ности жителей, как следствие – отрицательный естественный прирост (уменьшение численности) городского населения промышленного региона за 11-летний период на 168,2 тыс. чел. или 7,8%.

Установлена ведущая современная особенность формирования патологии городского населения урбанизированного региона – доминирование в ее структуре болезней тех органов и систем, которые наиболее интенсивно контактируют с внешней средой: эндокринной, нервной, костно-мышечной, мочеполовой и сердечно – сосудистой систем, органов дыхания и пищеварения, а также новообразований.

Удельный вес этих заболеваний составляет 74,5% в структуре частоты возникновения болезней, 82,4% в структуре их распространенности и 60,9% – в структуре смертности жителей городов Донбасса.

По результатам сравнительного и рангового корреляционного анализов установлено, что наиболее экологически детерминированными показателями общественного здоровья являются частота возникновения болезней, особенно заболеваний системы кровообращения, органов пищеварения, дыхания и злокачественных новообразований, а вредными химическими веществами, которые сильнее других влияют на формирование здоровья, являются загрязнители атмосферного воздуха (фенол, 3,4-бензпирен, взвешенные вещества, диоксиды азота и серы), питьевой воды, пищевых продуктов и почвы (тяжелые металлы – хром, кадмий, свинец, пестициды и нитраты).

Проведенный множественный корреляционный анализ позволил проранжировать основные объекты окружающей среды по степени их влияния на здоровье городского населения: 1-е место по значимости принадлежит атмосферному воздуху, 2-ое – питьевой воде, 3-е – продуктам питания, последнее – почве.

Ермаченко А.Б., Пономарева И.Б., Котов В.С., Садеков Д.Р.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО», г. Донецк

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ РАБОТЫ В САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ

Основными методологическими принципами обучения специалистов является достижение конечной цели – освоение профессиональной деятельности. Поскольку медицинская экология относится к прикладным специальностям, в которых важнейшая составляющая – практические навыки, без их освоения не может осуществляться врачебная деятельность.

В практике подготовки специалистов с высшим образованием для работы в санитарно-гигиенических лабораториях до сих пор существует разрыв между теоретическими знаниями студентов, врачей-интернов и практическими навыками.

Отличительным признаком квалификационных характеристик является системное отражение деятельности практического врача как комплексной конечной цели его формирования в вузе. Написание рефератов по актуальным вопросам экогигиены, работа с нормативной документацией и научной литературой, защита научно-практических курсовых работ, проведение конференций, работа над методическими материалами, выездные занятия на объектах санитарно-эпидемиологического контроля, – всё это существенно расширяет кругозор врача-интерна и позволяет приобрести практические навыки в работе.

Проведенная работа кафедры гигиены факультета интернатуры и последипломного образования по интеграции преподавания экологических, санитарно – химических и гигиенических вопросов способствовала совершенствованию процесса обучения. Многие явления окружающей среды наиболее эффективно рассматриваются и решаются методами физической химии, изучающей стабильность коллоидных частиц и аэрозолей, поверхностные явления и межфаз-

ные взаимодействия.

Так, определение величины поверхностного натяжения водных растворов химических веществ позволяет получить информацию о регулировании поверхностных эффектов, образовании капель и их свойствах. В связи с этим, в программе интернатуры, кроме традиционных гигиенических вопросов, введены отдельные разделы физической химии, позволяющей оценить способность химических веществ к трансформации и миграции в объектах окружающей среды.

Современные физико-химические методы исследования питьевой воды и сточных вод, почвы, атмосферного воздуха, воздуха рабочей зоны, биологических материалов такие как хроматомасспектрометрия, атомно-абсорбционный анализ, инфракрасная спектроскопия, вольтамперометрия и т.д., позволяют врачам-лаборантам осуществлять идентификацию, обнаружение, разделение и определение химических элементов и их соединений, а также установление химического состава и строения вещества.

Важным звеном в подготовке специалистов является овладение практическими навыками по особенностям отбора и подготовки проб, проведению качественного и количественного исследования и интерпретации полученных данных для оценки состояния окружающей среды.

Существенное значение имеет переориентация тематики научно-практических работ с наибольшим использованием экологических аспектов. Они обязательно должны включать аналитические разделы, т.е. собственно исследования; и экологический раздел, включающий вопросы гигиенической оценки состояния здоровья населения.

Ермаченко А.Б., Пономарева И.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ РАБОТЫ В САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ

Основными методологическими принципами обучения специалистов является достижение

конечной цели – освоение профессиональной деятельности. Поскольку медицинская эколог-

гия относится к прикладным специальностям, в которых важнейшая составляющая – практические навыки, без их освоения не может осуществляться врачебная деятельность.

В практике подготовки специалистов с высшим образованием для работы в санитарно-гигиенических лабораториях до сих пор существует разрыв между теоретическими знаниями студентов, врачей-интернов и практическими навыками.

Отличительным признаком квалификационных характеристик является системное отражение деятельности практического врача как комплексной конечной цели его формирования в вузе. Написание рефератов по актуальным вопросам экогигиены, работа с нормативной документацией и научной литературой, защита научно-практических курсовых работ, проведение конференций, работа над методическими материалами, выездные занятия на объектах санитарно-эпидемиологического контроля, – всё это существенно расширяет кругозор врача-интерна и позволяет приобрести практические навыки в работе.

Проведенная работа кафедры гигиены факультета интернатуры и последипломного образования по интеграции преподавания экологических, санитарно – химических и гигиенических вопросов способствовала совершенствованию процесса обучения. Многие явления окружающей среды наиболее эффективно рассматриваются и решаются методами физической химии, изучающей стабильность коллоидных частиц и аэрозолей, поверхностные явления и межфазные взаимодействия.

Так, определение величины поверхностного

натяжения водных растворов химических веществ позволяет получить информацию о регулировании поверхностных эффектов, образовании капель и их свойствах. В связи с этим, в программе интернатуры, кроме традиционных гигиенических вопросов, введены отдельные разделы физической химии, позволяющей оценить способность химических веществ к трансформации и миграции в объектах окружающей среды.

Современные физико-химические методы исследования питьевой воды и сточных вод, почвы, атмосферного воздуха, воздуха рабочей зоны, биологических материалов такие как хроматомасспектрометрия, атомно-абсорбционный анализ, инфракрасная спектроскопия, вольтамперометрия и т.д., позволяют врачам-лаборантам осуществлять идентификацию, обнаружение, разделение и определение химических элементов и их соединений, а также установление химического состава и строения вещества.

Важным звеном в подготовке специалистов является овладение практическими навыками по особенностям отбора и подготовки проб, проведению качественного и количественного исследования и интерпретации полученных данных для оценки состояния окружающей среды.

Существенное значение имеет переориентация тематики научно-практических работ с наибольшим использованием экологических аспектов. Они обязательно должны включать аналитические разделы, т.е. собственно исследования; и экологический раздел, включающий вопросы гигиенической оценки состояния здоровья населения.

Еромянц И.С., Пармас О.В., Косенкова-Дудник Е.А., Селиванова Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ

В наше время сеть Интернет дает возможность людям объединяться в сообщества по интересам, темам для общения. Социальные сети стали одним из самых важных средств коммуникации между людьми. Цель социальных сетей – сделать мир более открытым. Социальные сети оказывают большое влияние на многие сферы нашей жизни, в частности на образование. Сегодня проблема использования социальных сетей подрастающим поколением очень актуальна. Студенты практически «живут» в интернет пространстве. Там они общаются, дружат, делятся

мыслями, планами, творчеством, словом, делают все то, что с успехом можно делать в реальности.

Нам хотелось бы поделиться опытом использования одного из наиболее популярных социальных сервисов при организации воспитательной работы на лечебном факультете № 1.

Под термином «социальная сеть» в области информационных технологий понимают интерактивный многопользовательский веб-сайт, контент которого наполняется самими участниками сети. Аккаунт в любой соцсети для студен-

та является чем-то сугубо личным: отражением внутреннего мира, средством самовыражения, его личным пространством.

У нас «ВКонтакте» существуют группы, в состав которых входят старосты групп определенного курса. Таким образом, эти беседы являются виртуальными старостатами. В данной группе студенты получают информацию о проводящихся в университете мероприятиях, акциях, комментируют и обсуждают проекты, социально значимые дела в университете, предоставляется информация о пропущенных занятиях, извещают студентов об изменениях, вносимых в расписание. Данные сообщества являются удобным оперативным инструментом, ведь очные старостаты проводятся один раз в неделю, а новая информация поступает ежедневно. Кроме того, данные группы, уникальная площадка для проведения опросов и сбора мнений студентов. В беседе проводится популяризация волонтерского движения. С помощью «ВКонтакте» проводится работа по выявлению талантов, одаренных студентов, их творческих способностей. Студенты выкладывают в сеть свои творческие работы, создают видеоканалы, фотографии, видео выступления. Ведут группы заместители декана лечебного факультета № 1.

Также заместители декана с помощью социальной сети проводят работу с так называемой

«группой риска» – студентами, имеющими проблемы в учебе.

Исходя из вышеизложенного, социальные сети дают возможность продолжить процесс воспитания и за пределами университета. В пространстве, которое неподвластно границам. Несомненно, использование социальных сетей в своей работе, требует определенных затрат времени, но это стоит того. В воспитательной работе в сети можно выделить следующие характеристики:

1. Гибкость. Данная особенность расширяет возможности выбора. Гибкость – это также предвидение новых возможностей образования, готовность к постоянно меняющимся требованиям современного общества.

2. Коммуникативность. С помощью социальных сетей можно создать благоприятную среду для коммуникации на старостатах. Сайты социальных сетей поощряют студентов взаимодействовать друг с другом, выражать и делиться своими мыслями, проявлять креативность.

3. Удобство и доступность. Социальные сети предоставляют легкий доступ к информации (в любое время и в любом месте), делают удобным ее просмотр, обновление и редактирование.

Таким образом, использование социальной сети имеет ряд преимуществ в организации воспитательной работы на факультете.

Ершова И.Б., Рециков В.А., Бондаренко Г.Г.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

РОЛЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Многочисленными исследованиями установлено, что активность современного человека, и особенно детей дошкольно-школьного возраста, снизилась в 100 раз в сравнении с предыдущими столетиями.

Дефицит двигательной активности – гиподинамия – негативно воздействует на все органы и системы растущего организма. В первую очередь речь идет об уменьшении полезного объема легких и снижении амплитуды дыхания. Умеренные физические нагрузки способствуют обогащению кислородом всех тканей организма, что в свою очередь положительно воздействует на иммунную систему.

Кинезофилия влияет на состояние костных и мышечных тканей, определяет уровень основного метаболизма – положительно влияя на метаболизм, организм начинает работать более экономично, что способствует продлению срока

жизни. С ростом уровня организма, улучшается работа ферментативной системы, а также производится больше энергетических веществ, например, АТФ. Все это способствует улучшению психофизического состояния человека.

Не менее важное значение двигательная активность в жизни ребенка имеет и с точки зрения повышения устойчивости организма к различным негативным вредным факторам (стрессы, радиация и др.).

Трудно переоценить роль двигательной активности в расширении функциональных возможностей развивающегося организма, в совершенствовании двигательной деятельности.

Ежедневное выполнение упражнений позволит всегда быть в тонусе, поддержит резервные системы организма, а также восполнит дефицит физической работы. Но это при условии соблюдения правильной организации двигательной активности.

1. Постепенность и плавность повышения двигательной активности. Неподготовленному человеку нужно начинать с малых нагрузок.

2. Последовательность – очень многогранный принцип. Сначала необходимо знать основы, или наработать базу, или научиться правильно выполнять упражнения, а лишь потом переходить к комплексным элементам. Если коротко, то это принцип «от простого к сложному».

3. Регулярность и систематичность. Организм становится сильнее и выносливее только при условии регулярных нагрузок.

При составлении распорядка дня и режима двигательной активности детей необходимо руководствоваться нормативно-правовыми и санитарно-эпидемиологическими документами. Четкая организация режима детей предусматривает чередование активной и пассивной деятельности; увеличение общей и моторной плотности

всех форм физического воспитания; использование организованных, индивидуальных, самостоятельных занятий по физическому воспитанию.

Двигательный режим в ДОУ должен включать всю динамическую деятельность, как организационную, так и самостоятельную, складывающуюся из трех направлений:

1. Физкультурно-оздоровительные занятия (утренняя гимнастика, гимнастика после дневного сна, подвижные игры и физические упражнения во время прогулок, физкультминутки на занятиях с умственной нагрузкой).

2. Учебные занятия по физической культуре – как основная форма обучения двигательным навыкам и развития оптимальной двигательной активности детей.

3. Самостоятельная двигательная деятельность, возникающая по инициативе детей.

Ершова И.Б., Стеценко А.Г., Молчанова В.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск
ГОУ ЛНР «Луганский детский дом»

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Социальное неблагополучие детей является острой общественной проблемой и представляет собой вызов для современной социальной политики.

Трудная жизненная ситуация, означает переживания ребенка, оказавшегося в положении, которое серьезно сказывается на его благополучии, безопасности жизнедеятельности и из которого он не всегда способен с выйти (не может найти достойного для него выхода).

Среди причин появления категории «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации» наиболее часто встречаются:

- семейное неблагополучие (наркомания или алкоголизм в семье; низкая материальная обеспеченность, нищета; конфликты между родителями; жестокое обращение с детьми, насилие в семье) и

- положение при, котором дети остались без попечения родителей.

Согласно воззрениям ООН, на первом месте в социальной категории качества жизни стоит здоровье, дающее интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии.

Основными инструментами для изучения КЖ в современной медицине являются стандартизи-

рованные опросники, составленные с помощью психометрических методов.

Целью исследования стал анализ качества жизни детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, связанной с семейным неблагополучием (воспитывающихся в неблагополучных семьях) и детей, оказавшихся без попечения родителей (воспитывающихся в условиях детского дома).

Материалы и методы. Обследовано 222 ребенка. В зависимости от условий проживания они, были разделены на 3 группы: 62 ребенка, воспитывающиеся в детском доме г. Луганска; 74 ребенка, проживающие в неблагополучных семьях, и 86 детей из полных, благополучных семей.

В качестве инструмента исследования был использован общий опросник PedsQL, блок 8-12 лет, по которому проводилось анкетирование детей.

В ходе исследования респонденту предлагалось заполнить анкеты опросников для детей 8-12 лет, в присутствии студентов ГУ «ЛГМУ им. Святителя Луки». Шкалирование результатов производилось соответственно данным таблиц, для подведения результатов.

Опросник PedsQL 4 состоит из 23 вопросов, которые объединены в следующие шкалы: фи-

зическое функционирование (ФФ) – 8 вопросов; эмоциональное функционирование (ЭФ) – 5 вопросов; социальное функционирование (СФ) – 5 вопросов; школьное функционирование (ШФ) – 5 вопросов; психосоциальное здоровье – характеристика шкал эмоционального, социального и школьного функционирования; суммарный балл по всем шкалам опросника – характеристика шкал физического, эмоционального, социального и ролевого функционирования.

Установлено, что показатели качества жизни детей, воспитывающихся в детском доме, оказа-

лись достоверно выше в сравнении с детьми из неблагополучных семей, в таких аспектах качества жизни, как: физическое и социальное функционирование. Самый низкий балл эмоционального функционирования отмечается у воспитанников детского дома. Показатель физического функционирования оказался самым высоким у детей из детского дома. Достаточно высокий общий балл качества жизни у детей-воспитанников детского дома обусловлен как вкладом педагогов и воспитателей в организацию жизни детей, так и заботой правительства ЛНР.

Жадан Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ХАНТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19.

Хантавирусная инфекция на протяжении уже многих лет представляет значительную проблему для здравоохранения многих стран Евразийского континента.

На сегодняшний день в связи с активными военными действиями территории Донецкой и Луганской Народных Республик находятся в неблагополучной экологической ситуации. Данное обстоятельство связано в первую очередь с довольно активными в некоторых регионах миграционными процессами и переселением в различные зоны природных очагов людей без соответствующего иммунитета, возрастающую численность животных, которые ринули в город из дикой природы, что приводит к формированию антропоургических очагов болезней, в том числе и хантавирусной инфекции

В настоящее время установлено широкое распространение хантавирусов, носителями которых в природе являются различные виды грызунов. У грызунов хантавирусы вызывают хроническую бессимптомную инфекцию и передаются человеку аэрогенным путём через экскреты инфицированных животных.

Факт обнаружения хантавирусов отмечен, практически, во всем мире, кроме Антарктического континента. В США и Канаде в 2017 году возникла вспышка хантавируса в 11 штатах, в результате которой заразились 17 человек. В Китае ежегодно регистрируется от 16 до 100 тысяч заражений. У большинства заболевших, по данным Китайского центра по контролю и профилактике заболеваний, проявляются такие симптомы, как лихорадка, кровотечение и повреждение почек. С 2008 года в Китае введены программы вакцинации против хантавируса в

отдельных регионах и группах высокого риска.

Новая вспышка хантавирусного легочного синдрома (ХЛС) возникла в декабре 2018 года, в Аргентинской Республике. За период с октября 2018 по январь 2019 г. в Эпуейне, провинция Чубут, было зарегистрировано в общей сложности 29 лабораторно подтвержденных случаев ХЛС, в том числе 11 случаев смерти. Среди пациентов с подтвержденным диагнозом 59% составляли женщины; инкубационный период у заболевших составлял 8-31 день. Примерно 50% пациентов с подтвержденным диагнозом сообщили о появлении симптомов в течение последних трех недель. Случаи подтверждались методом ELISA или методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Декабрь 2019 г. ознаменовался тем, что в г. Ухане (Китай) была зарегистрирована серия необъяснимых случаев пневмонии – в дальнейшем у заболевших выделен новый штамм коронавируса. Всемирная организация здравоохранения в январе объявила вспышку 2019-nCoV чрезвычайной ситуацией международного значения в области общественного здравоохранения. Через некоторое время на фоне пандемии COVID-19 в Китае был зарегистрирован случай летального исхода человека от хантавируса.

Долгое время исследования хантавирусов были ограничены их высокой патогенностью, отсутствием лабораторной модели инфекции на животных и низким уровнем размножения вируса в клеточных культурах. За последние годы, благодаря стремительному прогрессу в разработке и применении молекулярно-биологических методов, были достигнуты значительные успехи в исследованиях хантавирусов.

Однако, в связи с тем, что хантавирусной

инфекцией болеют только животные, на фоне пандемии COVID-19 данное заболевание вызывает настороженность и является предметом для изучения не только ее клинико-эпидемиологиче-

ских особенностей, а также профилактических и противоэпидемических мероприятий как среди населения, так и в природных очагах, чтобы предупредить заражение среди людей.

Жанетова М.М., Шаликова Л.О.

ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО СПЛЕТЕНИЯ У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА 18-22 НЕДЕЛЬ РАЗВИТИЯ

Актуальность. В последние годы актуальность изучения анатомии плода повышается в связи с успешным развитием пренатальной диагностики и фетальной хирургии. Так, внутриутробное коррекция таких пороков, как менингомиелоцеле и крестцово-копчиковая тератома, позволяет улучшить неврологические исходы. Оптимальные сроки для оперативного лечения плода составляют от 19 до 25 недель. Для снижения риска осложнений при проведении оперативных вмешательств хирургам необходимы детальные анатомические и топографические сведения по особенностям не только органов таза плода, но и его нервных структур.

Цель исследования – получение новых данных по анатомии и топографии пояснично-крестцового сплетения у плодов человека 18-22 недель развития.

Материалы и методы исследования. Для осуществления поставленной цели были изучены торсы 12 плодов человека обоего пола, полученные в результате прерывания нормально протекающей беременности по социальным показаниям.

В работе был использован комплекс морфологических методик: макро- и микроскопическое препарирование, гистотопографический метод с изготовлением разноплоскостных гистотопограмм с последующей окраской по Ван-Гизону и метод распилов по Н.И. Пирогову в трех взаимно перпендикулярных плоскостях. Полученные данные были подвергнуты вариационно-статистической обработке.

Результаты и обсуждение. В результате рабо-

ты было выявлено, что на данном сроке развития нервные стволы достаточно крупные, все нервы поясничного сплетения отчетливо визуализируются. Так, диаметр запирательного нерва составляет $0,65 \pm 0,05$ мм, что превосходит диаметр соответствующей артерии в 1,6 раза. Наиболее крупный нерв поясничного сплетения – бедренный нерв, несколько уплощен, поперечный диаметр $1,15 \pm 0,07$ мм. Бедренно-половой нерв на большем протяжении располагается позади мочеочника с обеих сторон, уровень его деления на бедренную и половую ветви соответствует уровню формирования верхнего подчревного сплетения. Все крестцовые спинномозговые корешки отходят от спинного мозга на уровне четвертого поясничного позвонка. Передние ветви крестцовых спинномозговых нервов крупными стволами выходят из тазовых крестцовых отверстий. Средние значения диаметра передних ветвей крестцовых нервов за исследуемый период увеличиваются в среднем в 1,3-1,5 раза: так, толщина передней ветви Sc1 изменяется от $0,78 \pm 0,05$ мм до $1,35 \pm 0,07$ мм, а Sc4 – от $0,25 \pm 0,02$ мм до $0,42 \pm 0,04$ мм, соответственно. При микроскопическом препарировании отчетливо заметны ветви, связывающие ветви крестцового сплетения с пограничным симпатическим стволом.

Выводы. Таким образом, получены новые данные по анатомии ветвей пояснично-крестцового сплетения, а также их топографии в полости малого таза. Сведения могут быть использованы при проведении внутриутробных операций на органах и структурах таза и позвоночного столба.

Жарикова Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ О РИСКАХ УГОЛОВНОГО ПРЕСЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Тема уголовной ответственности одной из самых благородных и необходимых профессий, а именно медицинских и фармацевтических работников является одной из наиболее дискуссионных в медико-правовом пространстве.

В медицинской практике имеют место быть ошибки и соответствующие риски.

Так, риск медицинского и фармацевтического работника считается правомерным в случаях, если действия работника были направлены на сохранение жизни и здоровья человека; отсутствовал альтернативный путь лечения, не связанный с риском причинения вреда пациенту; предприняты достаточные меры, направленные на предотвращение или снижение возможного вреда.

При соблюдении всех условий следует считать, что вред был причинен в результате правомерного риска и в действиях медицинского или фармацевтического работника нет состава преступления.

Если медицинский или фармацевтический работник нарушил любое из вышеуказанных условий и тем самым причинил вред жизни или здоровью пациента (смерть, существенное ухудшение здоровья и т. д.), он подлежит привлечению к уголовной ответственности за необоснованный риск.

Под профессиональным медицинским уголовным правонарушением следует понимать умышленное или неосторожное деяние, совершенное медицинским работником при исполнении профессиональных обязанностей, запрещенное уголовным законом под угрозой наказания.

Расследование уголовных правонарушений при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) связано с рядом сложных проблем – своеобразность предмета доказывания, отсутствие у органов досудебного следствия над-

лежащих знаний о специфике такой категории деликтов, в свою очередь, это влияет на анализ и оценку собранной информации.

Анализируя вопрос о привлечении к уголовной ответственности медицинского и/или фармацевтического работника, необходимо говорить о признаках такого профессионального преступления. Такими признаками выступают:

- 1) общественная опасность самого деяния;
- 2) принадлежность лица, совершившего общественно опасное деяние, к медицинской профессии;
- 3) прямая связь действия (бездействия) с медицинской практикой и исполнением профессиональных обязанностей;
- 4) наличие признаков нарушения стандартов оказания медицинской помощи, с которыми последний должен быть осведомлен в силу своей квалификации, специализации и профессии в целом;
- 5) негативные последствия, которые наступили для жизни и здоровья лица.

Для избежания неоправданных уголовно – правовых рисков необходимо более четкое законодательное закрепление относительно обязанности любого лица, получившего медицинское образование оказывать медицинскую помощь, в том числе в нерабочее для конкретного работника время либо «непрактикующего врача», а также понятие «уважительная причина».

Наряду с вышеизложенным, нуждаются в разработке и внедрении в практику досудебного следствия алгоритмы проведения следствия, постановки задач, определение перечня необходимых для следствия медицинских документов, круг вопросов для эксперта, порядок исследования обстоятельств, доказывающих или опровергающих виновность медицинского или фармацевтического работника.

Жданов В.Е., Макеев Г.А., Яворская Л.В., Бутук Д.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ АТТЕСТАЦИИ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОЧНОГО И ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Для реализации профессиональной компетенции согласно ГОСВПО по специальности «Стоматология» на кафедре ортопедической стоматологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО апробирована методика дистанционного обучения студентов 4 курса стоматологического факультета в соответствии с программно-целевой системой управления качества подготовки специалистов, в условиях карантинного времени, вызванном блокадой, военной обстановкой и вирусной эпидемией.

Цель исследования: провести анализ результатов обучения студентов 4 курса стоматологического факультета с использованием дистанционной и очной форм обучения.

Для реализации поставленных целей, на кафедре ортопедической стоматологии создана база выполнения практических навыков врача-стоматолога-ортопеда при дистанционном обучении студентов. Все практические навыки представлены в видеофильмах, что даёт возможность отработать их каждому студенту вне аудитории.

На кафедре ортопедической стоматологии проведён сравнительный анализ качества обучения студентов 4 курса стоматологического факультета ГОО ВПО ДонНМУ им. Горького, проходивших обучение в дистанционной форме 2020 года и очной форме 2019 года.

Студенты стоматологического факультета после 4 курса обучения заканчивают предклинический цикл обучения, сдают итоговый переводной экзамен и по его результатам допускаются

к производственной практике на базах стоматологических поликлиник.

Сравнительные итоги аттестации студентов очного и дистанционного обучения представлены в таблице:

Очное обучение 2019 Дистанционное обучение 2020

Кол-во студентов 80 89

Ответ на тесты (средний балл) 3,85 3,44

Ситуационные задачи (средний балл) 4,33 3,76

Общий балл за дисциплину 4,61 3,73

По результатам аттестации студентов очного и дистанционного обучения успеваемость решения тестовых заданий составляет соответственно 3,85 (77%) и 3,44 (69%) балла. Результаты успеваемости студентов практически-ориентированной части экзамена составляют соответственно 4,33 (86%) и 3,76 (75%) балла.

Общий балл за дисциплину составляет соответственно 4,61 и 3,71 балла.

Выводы: Таким образом, проведённое исследование показало, что современные студенты обладают достаточно хорошими знаниями при решении тестовых заданий и ситуационных задач, что способствовало быстрой адаптации к новой форме обучения в условиях пандемии COVID-19. Апробированная методика дистанционного обучения на кафедре ортопедической стоматологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО позволяет реализовать профессиональные компетенции согласно ГОСВПО по специальности «Стоматология».

Железная А.А., Джеломанова О.А., Слюсарь-Оглух Т.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Синдром тазовой боли (СТБ) является одной из актуальных проблем современной гинекологии у женщин репродуктивного возраста, ока-

зывает негативное влияние на здоровье и психоэмоциональное состояние. Оценка психологических факторов, таких как тревога, депрессия,

уровень психосоциального стресса, являются дополнительным подходом при ведении и лечении пациенток с СТБ.

Целью исследования явилось изучение особенностей психоэмоционального состояния у женщин с СТБ.

Обследованы 54 пациентки репродуктивного возраста с СТБ и 52 женщины такого же возраста без тазовых болей и без отягощенного акушерско-гинекологического и соматического анамнеза. В работе использовались шкала психосоциального стресса Л. Ридер (L. Reeder) в модификации О.С. Копиной, госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Обработку цифровых данных проводили с использованием программного комплекса SPSS Statistics 17.0. Количественные данные были представлены медианой (Me) и межквартильной шириной – 25 и 75 перцентилями (25; 75%), сравнение показателей между группами осуществляли с помощью критерия U Манна-Уитни (U test Mann-Whitney). Сравнение качественных признаков осуществляли с применением критерия χ^2 Пирсона (Pearson Chi-square). Рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% й доверительный интервал (95% ДИ) к этой величине.

Проведенное исследование показало, что уровень психосоциального стресса у женщин с СТБ был статистически значимо выше, чем у женщин без такой патологии (2,29 (1,57; 2,43) баллов против 1,14 (0,71; 1,71) баллов; $U=527$, $Z=-5,6$, $P<0,001$). При распределении этих показателей в зависимости от степени стресса, отмечено, что количество испытуемых с высоким уровнем стресса, при котором существует необходимость получения психологической поддержки, статистически значимо чаще было зарегистрировано в группе СТБ, чем у женщин без

отягощенного анамнеза (63,0% (34/54) против 7,7% (4/52); $\chi^2=35,188$, $P<0,001$). Шанс наличия высокого уровня психологического стресса среди женщин с СТБ увеличивается в 20 раз (ОШ 20,4; 95% ДИ 6,4-65,1). Чтобы лучше понять эмоциональное состояние и самочувствие пациенток использовалась шкала HADS, которая разработана для первичного выявления тревоги и депрессии. Установлено, что уровень тревоги у пациенток с СТБ статистически значимо превышал таковой у женщин без боли (10 (7; 12) против 6 (3; 7) баллов; $U=534$, $Z=-5,5$, $P<0,001$), подобная тенденция наблюдалась и по уровню депрессии (7 (4; 10) против 4 (2; 6) баллов; $U=602$, $Z=-5,1$, $P<0,001$). Субклинически выраженная тревога была выявлена у 38,9% (21/54) испытуемых с СТБ и у 13,5% (7/52) без боли ($\chi^2=8,812$, $P=0,003$), клинически выраженная тревога – у 35,2% (19/54) и 7,7% (4/52) ($\chi^2=11,785$, $P=0,001$); субклинически выраженная депрессия – у 27,8% (15/54) и 5,8% (3/52) ($\chi^2=9,102$, $P=0,003$), клинически выраженная депрессия – у 20,4% (11/54) и 3,8% (2/52) ($\chi^2=6,722$, $P=0,010$) соответственно. Эти женщины нуждались в дальнейшей психоэмоциональной поддержке. Таким образом, при СТБ увеличивается шанс выявления субклинически и клинически выраженной тревоги (ОШ 10,7; 95% ДИ 4,3-26,2) и депрессии (ОШ 8,7; 95% ДИ 3,0-25,3).

Данное исследование подчеркивает тот факт, что у пациентов с СТБ преобладают высокий уровень психологического стресса, тревога и депрессия. В связи с чем, лечение таких пациенток должно быть направлено не только на купирование симптомов боли, но и на стабилизацию психоэмоционального состояния, в том числе предотвращение депрессивных и тревожных расстройств.

Жидких Т.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ О ПРИНЦИПАХ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Реализация идеи непрерывного образования направлена на преодоление основного противоречия современной системы образования – противоречия между стремительным темпом роста знаний в современном мире и ограниченными возможностями их усвоения человеком в период обучения. «Образование через всю жизнь» позволяет расширить интеллектуальные способности и потребности людей, воздействует на их жизненные позиции, формирует потребность в

творчестве, способствует профессиональному росту, изменению жизни в лучшую сторону.

В последние десятилетия ЮНЕСКО, Римский клуб, Еврокомиссия и др. определяют непрерывное образование как ключевое понятие и считают его основной целью в образовании каждого. Так, в меморандуме ЕС ещё в 2000 г. были сформулированы принципы развития обучения в течение жизни, которые не утратили своей актуальности.

Осуществление первого принципа «Новые базовые знания и навыки для всех» требуют от современного специалиста высокой мобильности в сфере познания, обучения и воспитания, субъективной готовности к непрерывному самообразованию и возможности приобретения новой специальности, способности адаптироваться к быстроменяющейся дифференцированной и специализированной системе обучения, развития творческой активности.

Наиболее значимыми и актуальными направлениями реализации второго принципа «Увеличение инвестиций в человеческие ресурсы» является, по нашему мнению, передача государством части своих социальных функций наиболее крупным субъектам хозяйствования, которые могут обеспечить необходимый объем социальных инвестиций в систему непрерывного образования, и вовлечение потенциальных работодателей в процесс образования на всех его стадиях.

Реализация принципа «Инновационные методики преподавания и учения» требует переосмысления целей, задач и содержания непрерывного образования, в определении которых происходит перенос акцента с усвоения знаний на их поиск, самостоятельный поиск новых решений, самоопределения не только профессионального,

но и нравственного и мировоззренческого. Актуальной становится задача постоянного обновления содержания образования, формирование квалификаций и ключевых компетентностей, позволяющих взрослому человеку быть востребованным на рынке труда, справляться с личностными и профессиональными проблемами.

Одним из инновационных направлений принципа наставничества и консультирования является консалтинговая деятельность. Консалтинговые услуги в области непрерывного образования могут включать в себя такие составляющие: как: оценка потребности в обучении, анализ альтернатив реализации образовательно-тренинговых проектов, организация корпоративных проектов по обучению, подготовка специалистов по обучению (бизнес-тренеров), разработка проектов и бизнес-планов создания обучающих центров, как внутрикорпоративных, так и коммерческих, коучинг руководителей и специалистов разных уровней.

Изучая проблему непрерывного образования, мы пришли к выводу, что его главный смысл – постоянное творческое обновление, развитие и совершенствование каждого человека на протяжении всей жизни, что влечет за собой и процветание всего общества.

Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Сироид Д.В., Шеменева А.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ БОКОВОГО КОЖНОГО НЕРВА БЕДРА

В ортопедической практике одно из лидирующих мест занимают повреждения и патологические процессы подвздошных костей и крестцовой области таза, которые требуют, в процессе лечения, оперативных вмешательств. Значительные мышечные массивы, тесный контроль костей таза с крупными сосудами и нервами, внутренними органами большого и малого таза создают сложность топографо-анатомических взаимоотношений этой области, определяют тяжесть повреждения при травме таза, высокую сложность оперативных вмешательств и значительно ограничивает возможности радикальных хирургических вмешательств в данной области (Бабоша В.А. и соавт., 2001).

При изучении особенности топографии нервов поясничного сплетения, заслуживает внимания боковой кожный нерв бедра.

Топографо-анатомические исследования проведены на 42 нефиксированных трупах людей на базе республиканского бюро судебно-меди-

цинской экспертизы ДоКТМО и 36 фиксированных трупах людей на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, нормальной анатомии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Всего исследовано 78 трупов взрослых людей обоего пола, умерших в возрасте от 24 до 76 лет. Все полученные данные протоколировались, обрабатывались статистически. Анализ полученных результатов выполняли при помощи лицензионного статистического пакета программы «MedStat»

Боковой кожный нерв бедра также изучался нами при выполнении доступов к внутренней поверхности крыла подвздошной кости. В 18 случаях нерв образовывался из II-III поясничного корешков. В 1 случае образовывался III поясничным корешком. Нерв выходил из-под латерального края большой поясничной мышцы на уровне тела IV поясничного позвонка и проходил под подвздошной фасцией по передней по-

верхности подвздошной мышцы в направлении сверху вниз и сзади наперед, затем он направлялся к верхней передней подвздошной ости, где под паховой связкой медиально от ости на $1,7 \pm 0,3$ см выходит на наружную поверхность бедра, толщина нерва была равна $0,15 \pm 0,05$ см.

Жуков М.И., Стефкиская О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака
Клиника пластической, эстетической и реконструктивной хирургии «Клиника доктора Жукова»

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ИХ АСИММЕТРИИ

Актуальность темы.

Более 80% женщин в мире имеют выраженную в той или иной степени асимметрию молочных желез (м/ж). С медицинской точки зрения, некоторые из них не представляют собой патологии и не вызывают каких-либо проблем, но в большинстве случаев любая, особенно выраженная асимметрия негативно влияет на психоэмоциональное состояние пациенток, что требует хирургической коррекции. Использование методов липофилинга, а также имплантатов различной формы и объемов позволяет полностью, либо частично решить эту проблему.

Данная хирургическая тактика позволяет скорректировать как врожденные, так и приобретенные асимметрии: ятрогенные деформации, инволюционные изменения (в том числе, постлактационные), посттравматические, после перенесенного рахита, подростковый сколиоз и кифоз, интранатальные травмы, внутриутробные инфекции, остеохондропатии, синдром Поланда, врожденная наследственная асимметрия.

Для более качественного выбора тактики хирургической коррекции наши пациенты были разделены на три группы:

- истинные (асимметрия собственно м/ж);
- ложные (деформации с асимметрией грудной клетки);
- смешанные (с асимметрией м/ж и грудной клетки).

Материалы и методы.

За период с 2016 по 2018 гг в клинике прооперировано 88 пациенток с асимметрией молочных желез разной степени выраженности: с истинными -53, смешанными -28, ложными -7.

Выбор хирургической тактики основывался на оценке вариантов асимметричности молочной железы и определении ориентированной (нормальной) молочной железы (железа, объем и форма которой после установки имплантата

На основании вышесказанного, следует отметить, нерв может повреждаться при травмах и при оперативном доступе к внутренней поверхности крыла подвздошной кости и дну вертлужной впадины, так как проходит перпендикулярно кожному разрезу.

была исходной, по которой выполняют коррекцию контрлатеральной молочной железы).

«Ориентированная» железа при асимметрии молочных желез - это железа меньшего объема. При смешанной асимметрии эта железа локализуется на стороне западения контура, а при ложной асимметрии эта железа находится на стороне наибольшего западения грудной клетки.

При асимметрии собственно молочных желез ориентированная меньшая молочная железа позволяет определиться:

1. С оптимальным объемом и проекцией при аугментации.
2. В ширине и высоте основания, сопоставимых с контрлатеральной - большей по величине железой.
3. В случае, если форма основания большей по величине железы не устраивает пациентку (при тубулярности и т.д.), задать желаемые параметры.
4. С формой и объемом сосково-ареолярного комплекса, сформировавшегося при растяжении на импланте.
5. С одно- или двухсторонним вариантом редукции, либо мастопексии при птозированных м/ж.

При смешанной и ложной асимметрии м/ж:

1. С выбором оптимальной проекции.
2. С шириной и высотой основания (поскольку основание груди на стороне западения контура грудной клетки всегда шире и средняя линия кажется визуально смещенной в сторону западения).
3. Со степенью компенсации птоза (при его наличии) или полной его компенсации при установке имплантата, либо дополнить мастопексией или редукционной маммопластикой.
4. С применением экспандерной дерматензии в случаях несоответствия возможностей покровных тканей планируемому объему аугментации.

5. С уровнем расположения сосково-ареолярного комплекса.

Результаты и заключение.

Определение ориентированной молочной железы и ее первоочередная реконструкция – основной фактор при достижении коррекции асимметрии м/ж. Дифференциальная диагностика видов асимметрий молочных желез определяет существенное различие в подборе параметров асимметричных имплантатов при аугментационной маммопластике. Асимметрия объемов

собственно м/ж с разницей до 150 см куб. без птоза, либо с птозом 1-й степени определяет возможность ее коррекции исключительно подбором асимметричных имплантатов. Разница параметров ширины, высоты и проекции контрлатеральной м/ж по сравнению с ориентированной м/ж является основополагающей в разнице параметров при неотъемлемой составляющей общей коррекции асимметрии при птозе м/ж 2-й и более степени.

Журбий О.Е., Налетов А.В., Зуева Г.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: КРАТКИЙ ОБЗОР

Концепция доказательной медицины (ДМ) неоднократно описана в множестве публикаций и является основополагающим фактором в процессе лечебно-диагностического поиска у пациентов различного профиля. Однако в педиатрической практике данному направлению оценки безопасности и эффективности диагностики и лечения различных патологических состояний уделяется не достаточное внимание. В связи с большим объемом опубликованной медицинской литературы задача поиска лучшей доказательной базы требует больших затрат времени, что является основным затруднением, и многие считают ее нерентабельной.

Цель работы. В данном обзоре мы сделали попытку кратко описать возможности применения ДМ в педиатрии, чтобы помочь педиатрам эффективно интегрировать ее в свою повседневную практику.

Материалы и методы. Описательный обзор литературы (28 англоязычных источников из базы PubMed)

ДМ представляет собой алгоритм из 4 шагов: 1) осмысленного вопроса относительно клинической ситуации, 2) поиска лучших доказательств, 3) критической оценки найденных публикаций и 4) применение данных в повседневной практике.

Краеугольным камнем ДМ является постановка осмысленного вопроса. Если этот вопрос плохо структурирован, другие шаги не будут успешными.

Классически клинический вопрос делится на четыре части: 1) определение – к какой конкретной группе относится пациент или популяция, 2) вмешательство – то есть вид лечения или процедуры, эффективность которых нас интересует,

3) контрольное вмешательство, которое является стандартом терапии, для сравнения эффекта, 4) ожидаемый результат нашего вмешательства.

Например: предположим, вы работаете педиатром в больнице общего профиля. Мальчик 2,5 лет поступил с острой диареей без крови (1). Вы хотите знать, эффективны ли пробиотики, содержащие *Lactobacillus* (2), для уменьшения продолжительности диареи по сравнению с оральной регидратационной терапией (ОРТ) (3). Вопрос (4): насколько эффективна терапия пробиотиками, содержащими *Lactobacillus*, по сравнению с ОРТ для уменьшения продолжительности диареи у мальчика 2,5 лет с диареей без крови?

Чтобы сэкономить время и силы, педиатрам следует использовать эффективную стратегию поиска, при этом рекомендуется классифицировать медицинские ресурсы в соответствии с иерархией, в которую входят категории «Исследования», «Синтез», «Обзоры», «Резюме» и «Системы». Обычно это называется иерархией «5S». При переходе от «исследований» к «системам», количество доказательств уменьшится, а качество повысится.

Индивидуальные «Исследования» находятся в нижней части иерархии. Поиск в этом поле занимает много времени и требует критической оценки найденных статей. Уровень «Синтез» соответствует систематическим обзорам специальных медицинских тем. «Обзоры» – следующий уровень иерархии доказательств, резюме оригинальных исследований и систематических обзоров, которые обычно содержат комментарии эксперта. В отличие от предыдущих категорий, в «Резюме» собрана информация по нескольким аспектам клинического вопроса. Лучшими при-

мерами «резюме» являются клинические руководства. «Системы» находятся на вершине иерархии доказательств. «Система» объединяет и обобщает все данные о клиническом сценарии.

При поиске наилучших доступных свидетельств следует сначала выполнить поиск в верхней части иерархии, а в случае неудачного

поиска следует перейти к ее низу.

Таким образом, применение ДМ поможет практикующим врачам повысить эффективность лечения их пациентов, снизив частоту развития побочных эффектов от лечения и затраты на него.

Журбий О.Е., Налетов А.В., Назаркина В.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ, ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Длительная рвота и диарея различного генеза могут приводить к патологической потере жидкости, при которой происходит потеря не только молекул воды, но и солей, что особенно опасно в детском возрасте. Обезвоживание обычно характерно для секреторного и осмотического типов диареи. Поражение клеток ворсинчатого эпителия кишечника приводит к развитию дисахаридазной недостаточности, способствующей накоплению осмотически активных веществ, повышающих осмолярность химуса. В результате этого происходит перемещение в просвет кишечника воды из низкоосмолярной межклеточной жидкости и увеличение объема химуса с развитием осмотической диареей. Поскольку обезвоживание часто является основной причиной ухудшения состояния ребенка, то адекватная коррекция данного нарушения может предотвратить неблагоприятные исходы основного заболевания.

В зависимости от степени дегидратации восполнять количество утраченной жидкости можно с помощью растворов, вводимых как перорально, так и внутривенно. Разумеется, внутривенная регидратация относится к компетенции стационара. Оральная регидратационная терапия (ОРТ) более физиологична, безопасна, доступна, требует меньше времени на подготовку и после соответствующего инструктажа может проводиться даже не медиками в амбулаторных условиях.

Для коррекции обезвоживания на сегодняшний день доступно большое количество растворов. Использование гипоосмолярных растворов для ОРТ позволяет снизить осмолярность такого гиперосмолярного химуса при осмотической диарее.

При легкой и умеренной степени дегидратации эффективность ОРТ достигает 90%. При этом ОРТ способствует сохранению естественного функционирования пищеварительного

тракта. Рвота, даже многократная, не является противопоказанием для применения ОРТ.

ОРТ проводится в 2 этапа. Первый этап – первичная регидратация, коррекция имеющегося у пациента дефицита жидкости и солей. Обязательным условием проведения ОРТ является дробное введение растворов. Пить необходимо малыми порциями каждые 10-12 минут. Данный этап могут начать проводить родители ребенка, предварительно проинструктированные врачом о выборе препарата для оральной регидратации, порядке правильного его использования.

Второй этап ОРТ – поддерживающая регидратация, которая должна предотвратить дальнейшее развитие обезвоживания ребенка. Объем жидкости для данного этапа рассчитывается в зависимости от продолжающихся потерь жидкости и солей (с рвотой и калом). На данном этапе необходимым является консультация педиатра.

По нашим наблюдениям, сделанным у детей стандартного педиатрического участка, своевременное начало ОРТ родителями при различных состояниях, сопровождающихся обезвоживанием (ацетонемический синдром, синдром циклической рвоты, токсикоинфекция, инфекционная диарея) позволяло в более короткие сроки (в среднем – на $1,6 \pm 0,4$ дня) стабилизировать состояние ребенка, что проявлялось повышением его активности, снижением температуры тела, уменьшением болевого синдрома, тошноты, повышением аппетита), уменьшить количество эпизодов рвоты (на $3,1 \pm 0,8$) и дефекаций (на $2,9 \pm 0,7$).

Таким образом, ОРТ является более физиологическим методом восстановления потерянной жидкости при патологических ее потерях в сравнении с внутривенным введением препаратов, способствует укорочению сроков стабилизации состояния ребенка, ускорению процессов его выздоровления, позволяет добиться уменьшения количества эпизодов рвоты и дефекаций.

Заворотний О.О., Зиновьев Е.В., Костяков Д.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ ПАРАМЕТРОВ В СИСТЕМЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВЕРОЯТНОГО ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ОБОЖЖЕННЫХ

По результатам математического анализа (метод логистической регрессии) 52 параметров у пациентов с обширными глубокими ожогами кожи, находящихся на лечении в реанимационном отделении отдела термических поражений СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе было установлено, что уровень лактата крови, значение FiO_2 , объем инфузионной терапии и пероральной регидратации в первые трое суток после травмы играют важную роль в определении вероятности летального исхода.

Одним из основных звеньев патогенеза ожоговой болезни является снижение ОЦК за счет потери жидкости через раневую поверхность. Увеличение показателя гематокрита вследствие повышения отношения форменные элементы/жидкая часть крови приводит к снижению интенсивности микроциркуляции, тромбообразованию и т.д. Совокупность описанных процессов способствует развитию выраженной циркуляторной гипоксии и переходу клеток с аэробного на анаэробный путь дыхания, конечным продуктом метаболизма которого является лактат. Таким образом, его повышение в крови пострадавшего является прямым показателем степени циркуляторной гипоксии и ишемических процессов в тканях и органах.

Наиболее частым путем компенсации гипоксических процессов в крови и поддержания необходимого уровня насыщения крови кислородом является увеличение его концентрации во вдыхаемом воздухе. В условиях отделения интенсивной терапии это достигается за счет повышения уровня FiO_2 в параметрах работы аппарата искусственной вентиляции легких. Однако дыхание воздухом с концентрацией кислоро-

да более 50%-60% сопряжено с его токсическим воздействием на эпителиальную ткань легких вследствие интенсификации процессов перекисного окисления липидов. Это способствует дополнительному повреждению альвеолярно-капиллярной мембраны и отягощению респираторной гипоксии. Описанные звенья патогенеза формируют порочные круги, которые значительно повышают вероятность летального исхода у тяжелообожженных. Их коррекция является одной из важнейших целей оказания медицинской помощи такой категории пострадавших.

Одним из звеньев ранней коррекции циркуляторной гипоксии в результате снижения ОЦК является пероральная регидратация пострадавших. Реабсорбция поступающей жидкости через желудочно-кишечный тракт позволяет воздействовать на патогенетическую цепь развития циркуляторной гипоксии, снизить её интенсивность и как следствие, сократить риск развития летального исхода.

Таким образом, оценка уровня лактата крови, значения FiO_2 , а также объема инфузионной терапии и пероральной регидратации позволяет оценить выраженность циркуляторной и респираторной гипоксии, а также интенсивность перекисного окисления липидов с последующим поражением альвеолярно-капиллярной мембраны. Включение перечисленных параметров в систему прогнозирования летального исхода пострадавших с обширными глубокими ожогами кожи позволит улучшить результаты лечения таких пациентов за счет ранней оценки тяжести состояния и своевременной коррекции интенсивной терапии.

Зайнетдинова Д.З., Брынза Н.С., Курмангулов А.А.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тюмень

АНАЛИЗ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ТЮМЕНИ

Актуальность: На сегодняшний день одним из приоритетных направлений развития отечественного здравоохранения является совер-

шенствование оказания скорой и неотложной медицинской помощи в системе обеспечения населения первичной медико-санитарной по-

мощью, что отражено как в Приказе Минздрава России от 02.10.2019 г. №827 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и деятельности Всероссийской службы медицины катастроф», так и в ряде других законодательных актов и нормативных документов.

Цель исследования: Проанализировать работу станции скорой медицинской помощи (СМП) города Тюмени за период с апреля по сентябрь 2020 г.

Материалы и методы: Проведен анализ статистической отчетности станции СМП города Тюмени по форме №40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.12.2009 г. №942 (редакция от 15.09.2020 г.).

Результаты исследования: С марта 2020 г. станциями юга Тюменской области был осуществлен переход на Единую региональную информационную автоматизированную систему СМП (ЕРИАС СМП ТО) на базе 1С, что имеет ряд преимуществ: автоматическая передача неотложных вызовов в медицинские организации, возможность отслеживания статуса выполнения вызова и результатов его обслуживания, просмотр врачами СМП электронной медицинской карты пациента с планшетов, в которой отображаются такие сведения, как лист уточненных диагнозов, хронические заболевания, лекарственная непереносимость и т.д. Согласно Письму Департамента здравоохранения Тюменской области от 11.07.2016 г. №6609/25 определен перечень поводов вызова бригад СМП, который разделен на экстренные (65 поводов, объединенные в 10 разделов) и неотложные потоки (31 повод). За анализируемый период выявлено увеличение количество обращений на 30,9% (с

32583 в апреле до 42637 в сентябре). Доля выездов бригад СМП уменьшилась на 15,8% и составила в апреле 55,8% (18189), в сентябре – 40% (17049). При этом в экстренной форме в апреле выполнено 7782 выезда (23,9%), в сентябре – 9017 (21,1%); в неотложной форме: в апреле – 10407 (31,9%), в сентябре – 8032 (18,8%). Доля обращений на станцию СМП, переданных в медицинские организации колебалась в пределах 33,9%-38,6%. Выявлено снижение оперативности работы службы СМП: за апрель всего 86,8%, а за сентябрь – 78% случаев прибытия бригады к месту вызова составляло менее 20 минут. За анализируемый период увеличились такие показатели, как доля безрезультатных вызовов – с 10,7% до 15,8%; доля больных, доставленных в медицинские организации – с 50,8% до 51,7%; доля пациентов, перетранспортированных из одного стационара в другой – с 5,5% до 6,7%; среднее время, затраченное на выполнение вызова – с 58 до 65 минут.

Выводы: При анализе работы станции СМП города Тюмени выявлено, что доля выполненных выездов бригадами СМП в экстренной форме к месту вызова со временем доезда менее 20 минут за рассматриваемый период не достигла целевого показателя в 90%, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 г. №1640 (редакция от 17.08.2020 г.) «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения». Основываясь на результатах проведенного исследования, была установлена необходимость разработки новой комплексной стратегии развития службы СМП, реализация которой приведет к рациональному и эффективному использованию всех ресурсов здравоохранения и совершенствованию системы оказания скорой и неотложной помощи в городе Тюмени.

Заславский А.С.

Федеральное Государственное Учреждение Дополнительного Профессионального Образования «Санкт-Петербургский Институт Усовершенствования Врачей Экспертов» Минтруда России

ИТОГИ 10 ЛЕТ АНАЛИЗА РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕСПУБЛИКИ КОМИ. ПАЦИЕНТЫ С ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

За период наблюдения (сентябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.) в Регистр внесено 19984 человека с установленным диагнозом ОНМК. Средний возраст пациентов с инсультом составил 64,35±12,65 лет. Среди изучаемых пациентов с

ОНМК значимо преобладают женщины (10276 человек, 51,4%), гендерный индекс 1,06:1. Пациенты с геморрагическим инсультом (САК, внутримозговые кровоизлияния) составили 15,1% от числа пациентов за весь период наблюдения.

Пациенты, перенесшие ишемический инсульт – 80,7%. Остальные пациенты перенесли инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт.

За период наблюдения (сентябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.) в Регистр внесено 3022 человека с установленным диагнозом ОНМК по геморрагическому типу. 848 из них проживает в районах крайнего севера, остальные – в районах, приравненных к крайнему северу. Средний возраст пациентов с геморрагическим инсультом, проживающих в районах крайнего севера республики Коми, составил $59,6 \pm 12,8$. Число мужчин 426, женщин – 422, гендерный индекс 1,01:1. Средний возраст мужчин с геморрагическим ОНМК составил, по данным регистра инсульта, $55,8 \pm 11,9$ года, средний возраст женщин – $62,4 \pm 12,8$ года, т.е. женщины достоверно старше ($p < 0,001$). Нейровизуализация проведена в 61,7% случаев. По имеющимся в регистре данным, пациенты, выжившие в течение 21 дня, составили 52,5%, умершие 45,6%, остальные 1,9% были выписаны ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, смертность от геморрагических инсультов составляет 46,5% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом. Изучение данных о распределении госпитализации по месяцам показывает, что больше всего пациентов с геморрагическим ОНМК в течение года зарегистрировано в январе – 12,1%. Наименьшее число пациентов с геморрагическим ОНМК зафиксировано в сентябре (53 человек), различия с январем достоверны, $p < 0,05$. Оценка данных сезонности геморрагических инсультов у пациентов, проживающих на крайнем севере республики Коми позволяет сделать вывод, что наиболее число пациентов переносит инсульт в зимний период (28,7%, достоверно больше чем в летний период, $p < 0,05$). Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с инсультами значимо ($p < 0,001$) преобладает артериальная гипертония, отмеченная у 782 пациентов (92,2%). Курение как фактор риска отмечено у 35,8%. Сопутствующие заболевания сердца выявлены у 24,5% больных с геморрагическим инсультом. Дислипидемические расстройства обнаружены у 29,8% (253 пациента) У 9,1% пациентов отмечался сахарный диабет. Мерцательная аритмия встречалась у 8,7% пациентов. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 4,4% пациентов с геморрагическим инсультом, проживающих в рай-

онах крайнего севера республики Коми. Связь заболевания с перенесенным стрессом отмечает только 9,2% больных.

Средний возраст пациентов с геморрагическим инсультом, проживающих в южных районах республики Коми (районы приравненные к крайнему северу), составил $60,7 \pm 13,1$. Число мужчин 1036, женщин – 1138, гендерный индекс 1,1:1. Средний возраст мужчин с геморрагическим ОНМК составил, по данным регистра инсульта, $57,7 \pm 11,9$ года, средний возраст женщин – $63,3 \pm 13,7$ лет, т.е. женщины достоверно старше ($p < 0,001$). Нейровизуализация проведена в 60,1% случаев. По имеющимся в регистре данным, пациенты, выжившие в течение 21 дня, составили 51,5%, умершие 44,8%, остальные 3,7% были выписаны ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, смертность от геморрагических инсультов составляет 46,5% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом. Изучение данных о распределении госпитализации по месяцам показывает, что больше всего пациентов с геморрагическим ОНМК в течение года зарегистрировано в январе – 10,9%. Наименьшее число пациентов с геморрагическим ОНМК зафиксировано в июле (131 человек), различия с январем достоверны, $p < 0,05$. Оценка данных сезонности геморрагических инсультов у пациентов, проживающих в районах, приравненных к крайнему северу позволяет сделать вывод, что наиболее число пациентов переносит инсульт в весенний период (29,8%, достоверно больше чем в летний период, $p < 0,05$). Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с инсультами значимо ($p < 0,001$) преобладает артериальная гипертония, отмеченная у 1979 пациентов (91%). Курение как фактор риска отмечено у 31%. Сопутствующие заболевания сердца выявлены у 32,4% больных с геморрагическим инсультом. Дислипидемические расстройства обнаружены у 31,6% (686 пациентов) У 9,9% пациентов отмечался сахарный диабет. Мерцательная аритмия встречалась у 10,9% пациентов. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 6,9% пациентов с геморрагическим инсультом, проживающих в районах, приравненных к крайнему северу. Связь заболевания с перенесенным стрессом отмечает только 9,8% больных.

Заславский А.С., Пенина Г.О., Помников В.Г.

Федеральное Государственное Учреждение Дополнительного Профессионального Образования «Санкт-Петербургский Институт Усовершенствования Врачей Экспертов» Минтруда России, ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», ГУ РК «Коми республиканская больница»

ИТОГИ ДЕСЯТИ ЛЕТ АНАЛИЗА РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕСПУБЛИКИ КОМИ. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЙОНАХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

За период наблюдения (сентябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.) в Регистр внесено 19984 человека с установленным диагнозом ОНМК. Средний возраст пациентов с инсультом составил $64,35 \pm 12,65$ лет. Среди изучаемых пациентов с ОНМК значимо преобладают женщины (10276 человек, 51,4%), гендерный индекс 1,06:1. Пациенты с геморрагическим инсультом (САК, внутримозговые кровоизлияния) составили 15,1% от числа пациентов за весь период наблюдения. Пациенты, перенесшие ишемический инсульт – 80,7%. Остальные пациенты перенесли инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт.

Из пациентов перенесших ОНМК 6176 человека (30,9%) проживают в районах крайнего севера, остальные 69,4% проживают в центральных либо южных районах республики Коми. Средний возраст пациентов, перенесших ОНМК в районах крайнего севера составляет $62,1 \pm 12,3$ года, а средний возраст пациентов, перенесших инсульт в других районах республики составляет $65,4 \pm 12,7$ года, различия достоверны с $p < 0,001$, при чем достоверны как для мужчин так для женщин. Среди пациентов перенесших инсульт на крайнем севере смертность за первые 21 день после ОНМК составила 16,4%, а для пациентов проживающих в других районах республики Коми – 20,8% – различия достоверны с $p < 0,05$. Соотношение геморрагий и ишемий а так же первичных и повторных ОНМК сохраняется на одном уровне у пациентов проживающих в районах крайнего севера и в других районах республики Коми. Процент пациентов прошедших нейровизуализационное исследование составил на крайнем севере 57,8%, а в других районах республики 58,5%, что значимо не отличается. В обеих рассмотренных нами группах на первом месте по частоте встречаемости среди факторов риска находится артериальная гипертонезия, встречающаяся у пациентов из районов крайнего севера в 94,6% случаев а у пациентов из дру-

гих районов республики Коми в 93,5% случаев. У пациентов, проживающих на крайнем севере на втором месте по частоте встречаемости находятся дислипидемические нарушения – 34,8%, на третьем – курение – в 33,5% случаев, на четвертом – сердечно-сосудистые заболевания – 32,4%, затем следуют аритмии – 15,2% и сахарный диабет – 15% пациентов, затем стресс – 8,6% и на последнем месте по частоте встречаемости инфаркт миокарда – 7,8%. У пациентов, проживающих в других районах республики Коми на втором месте по частоте встречаемости находится патология сердечно-сосудистой системы – 46,3%, на третьем – дислипидемические расстройства – 44,4%, на четвертом – курение – 29,9%, далее аритмии – 21,9%, сахарный диабет – 17,5%, инфаркт миокарда – 13,7% и стресс – 9,2%. Различия по частоте встречаемости курения, аритмий, дислипидемий, инфаркта миокарда и заболеваний сердечно-сосудистой системы значимы с $p < 0,05$.

Таким образом оценка данных территориально-популяционного Регистра инсульта Республики Коми, показала, что среди них 80,7% – лица, перенесшие ОНМК по ишемическому типу. Среди изучаемых пациентов с ОНМК значимо ($p < 0,001$) преобладают женщины, и они достоверно старше ($p < 0,001$). Всего треть пациентов перенесших ОНМК проживает в районах крайнего севера, пациенты, проживающие в других районах республики достоверно преобладают, $p < 0,05$. Пациенты проживающие на крайнем севере переносят ОНМК в значимо более молодом возрасте чем пациенты, проживающие в других районах республики. У пациентов проживающих в районах крайнего севера значимо реже встречаются дислипидемии, аритмии, инфаркт миокарда в анамнезе, заболевания сердечно-сосудистой системы, чаще встречается такой фактор риска как курение.

Захарова И.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВЫДЕЛЕНИЯ ВИРУСА

Наиболее часто используемым и надежным тестом для диагностики COVID-19 является ПЦР-диагностика. Исследование проводится путем использования мазков из носа, глотки, мокроты, образцов бронхоальвеолярного лаважа. По данным исследований зарубежных ученых у большинства пациентов с выраженными симптомами коронавирусной инфекции COVID-19 вирусная РНК в мазке из носоглотки обнаруживается уже в первый день появления симптомов и достигает пика в течение первой недели от момента заболевания. У пациентов с тяжелой формой течения инфекции положительный мазок из носоглотки может сохраняться более трёх недель от начала клинических проявлений, а у большинства пациентов с лёгким течением к этому времени результат становится отрицательным. Для того, чтобы оценить влияние тяжести течения коронавирусной инфекции COVID-19 на продолжительность выделения вируса из носо- и ротоглотки было проанализировано 95 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в ЦГКБ№1 г. Донецка. Было сформировано три группы сравнения: лица с легким течением заболевания – 17 (17,9%), со среднетяжелым – 53 (55,8%), с тяжелым течением – 25 (26,3%). Диагностика COVID-19 проводилась путем исследования мазков из носо- и ротоглотки методом ПЦР. Повторный забор мазков осуществлялся

на 14 и 16 дни от получения первого положительного результата. Во внимание брался период от момента появления первых клинических симптомов и до получения отрицательного результата мазка. При 95% доверительном интервале диапазон значений среднего в группе лиц с легким течением COVID-19 составил от 11,3 до 17,7 дней ($14,5 \pm 3,2$), при этом минимальная продолжительность выделения вируса – 9 дней, максимальная – 29 дней. Для пациентов со среднетяжелым течением – от 17,85 до 20,95 дней ($19,5 \pm 1,65$), они выделяли возбудителя от 12 до 39 дней. У пациентов, заболевание у которых протекало тяжело – от 22,2 до 28,59 ($25,4 \pm 3,19$), положительный результат мазка из носо- и ротоглотки наблюдался от 13 до 44 дней. Как видим, доверительные интервалы не перекрывают значений среднего в группах сравнения, границы доверительных интервалов не пересекаются. Следовательно, можно сделать вывод о достоверности различий в группах. Также есть вероятность ложноотрицательных и ложноположительных результатов, которые могут быть получены вследствие технических ошибок. Подводя итоги, можно утверждать, что тяжесть течения коронавирусной инфекции COVID-19 влияет на длительность выделения возбудителя из носо- и ротоглотки.

Захарова Л.А., Безкаравайный Б.А., Бобровицкая А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. Горького»

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

ИНФОРМАТИВНОСТЬ СПЕКТРА ОРГАНСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЭНЗИМОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С В ФАЗЕ РЕМИССИИ У ДЕТЕЙ

Печень представляет собой основной орган, в котором происходят разнообразные химические реакции, обеспечивающих жизнедеятельность всех систем и органов организма – «лаборатория» в работе которой участвует большое количество различных ферментов (протеинов, синтезируемых в рибосомах клеток). Ряд ферментов внутриклеточной локализации осуществляют свою функцию исключительно внутри клеток.

Они отсутствуют в циркулирующей крови или обнаруживаются в минимальных количествах. К ним относятся аминотрансферазы (аланиновая и аспарагиновая). Органоспецифическими для печени являются фруктозо-1,6-монофосфат альдолаза (Ф-1-МФА), АлАТ, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), которые входят в состав цитоплазмы. Аспарагиновая аминотрансфераза (АсАТ) имеет двойную локализацию (находится в цитоплазме

ме и митохондриях). Особое положение занимает органоспецифический энзим углеводного обмена глутаматдегидрогеназа (ГлДГ), которая локализуется исключительно в митохондриях. Выход данного энзима происходит при гибели гепатоцита. Поэтому может быть использован для определения глубины поражения печени.

Цель работы: оценка глубины поражения печени у детей при хронических вирусных гепатитах В и С путем исследования органоспецифических энзимов в стадии ремиссии.

Материалы и методы. Под наблюдением 64 детей с хроническим вирусным гепатитом В (44) и С (20) в стадии ремиссии. Изучение спектра энзимов изучали методом Райтмана-Фрекеля (1957 г.) – АлАТ, АсАТ; УФ кинетический тест (ЛДГ); Иммуно-ферментный анализ (ГлДГ).

Результаты и их обсуждения. При хроническом вирусном гепатите В и С, показатели активности АлАТ и АсАТ превышали физиологический уровень в единичных случаях (8,4% и 10,2% против 15,3% и 18,4%) соответственно. При этом увеличение их активности было более выраженным при хроническом вирусном гепатите С в 3,5 раза (АлАТ) и 3,8 (АсАТ) по сравнению с показателями у детей при хроническом вирусном гепатите В – в 3 раза (АлАТ и АсАТ).

Коэффициент де Ритиса составил у детей обеих групп $<1,0$ ($0,66 \pm 0,06$ и $0,70 \pm 0,4$), что отражает наличие воспалительного процесса в печени ($>1,0$). Однако, чаще регистрировались патологические значения митохондриального энзима (ГлДГ, ЛДГ), так как средние показатели их активности $3,9 \pm 0,2$ и $162,5 \pm 10,5$ (при хроническом вирусном гепатите В) и $3,5 \pm 0,1$; $116,6 \pm 11,8$ (при хроническом гепатите С) превышали верхнюю границу физиологического уровня ($<3,2$ Е/л; 45-105 ммоль/л) статистически достоверно ($p > 0,05$). Лактатдегидрогеназа при вирусном гепатите В превышала в 1,5 раза, глутаматдегидрогеназа сохранялась в пределах физиологического уровня. Это свидетельствует о распространенности воспалительного процесса без выраженной глубины поражения.

Таким образом, при хроническом вирусном гепатите В или С в фазе ремиссии удается выявить признаки поражения паренхимы печени. Так повышение цитоплазматических энзимов (АлАТ, АсАТ) при хроническом вирусном гепатите В и С, подтверждает наличие воспалительного процесса, а увеличение активности ЛДГ в сочетании с нормальными показателями ГлДГ отражает распространенность поражения печеночных клеток без их некроза.

Захарова О.В.^{1,2}, Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЮБИЛЕЙНОГО X ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ТРАНСПЛАНТОЛОГОВ

Цель: моделирование региональных перспектив развития трансплантологии на примере Российской Федерации.

Материалы и методы: направленность современных исследований прямо или косвенно касающихся трансплантации органов изучена по материалам Юбилейного X Всероссийского съезда трансплантологов, состоявшегося 5.10-7.10.2020 года в г.Москве.

Результаты: съезд проходил в on-line формате – в рамках видеоконференций. На съезде были обсуждены организационные и правовые аспекты, требующие решения вопросы, накопившийся опыт и уникальные клинические наблюдения, а также современные аспекты биомедицины, трансплантационной иммунологии, регенеративной медицины и биотехнологии. Эффективно использованы возможности видеоконференций и освещены хирургические аспекты трансплантации органов. Видеосессии и мастерклассы по-

зволили представить все тонкости оперативной трансплантологии и стали «изюминкой» Съезда. Обсуждены вопросы стандартизации техники лапароскопических вмешательств, нестандартных реконструктивных вмешательств, компьютерного моделирования операций, использования новых материалов для профилактики или коррекции осложнений. В режиме реального времени были представлены доклады не только из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Казани, Кемерово, Ростова-на-Дону, но и из Минска (Республика Беларусь), Парижа (Франция), Ганновера (Германия), Далласа, Сент-Луиса, Чикаго (США).

Мониторинг состояния и тенденций в развитии донорства и трансплантации органов в РФ показал, что по данным регистра в 2019 году в РФ функционировали 46 центров трансплантации почки, 31 – печени, и 17 – сердца. Уровень донорской активности в 2019 г. составил 5,0 на

1 млн населения, при этом доля мультиорганных изъятий составила 71,6%, среднее число органов, полученных от одного эффективного донора – 2,9. В 2019 г. уровень трансплантации почки составил 10,0 на 1 млн населения, показатель трансплантации печени – 4,0 на 1 млн населения, показатель трансплантации сердца – 2,3 на 1 млн населения. Всего в 2019 г. в РФ выполнено 2427 трансплантаций органов, в том числе, трансплантаций почки – 1290, печени – 584, сердца – 335, легких – 23, поджелудочной железы – 10, сердечно-легочного комплекса – 2. В 2019 году число трансплантаций в РФ увеличилось на 10,7% по сравнению с 2018 годом, что свидетельствует о повышении эффективности донорских и трансплантационных программ. Трансплантационный регистр Минздрава России является важным компонентом успешного развития трансплантационных программ. На основании регистра выстраивается и реализуется государственная политика развития трансплантологической помощи, обеспечивается доверие общества к деятельности трансплантологов. Новые информационные технологии в здравоохранении создали возможности для оптимизации сбора, обработки и всестороннего анализа трансплантационных данных. В рамках регистра проведено национальное исследование «Распространенность и особенности клиниче-

ского течения коронавирусной инфекции у реципиентов сердца, почки, печени», а также изучен опыт ведения реципиентов с COVID-19, в том числе с пневмонией в раннем и позднем послеоперационном периоде. Сделано заключение о возможности и необходимости продолжения выполнения трансплантаций органов в условиях пандемии COVID-19.

На съезде были представлены разработки по вспомогательному кровообращению и перфузионным технологиям. Аппаратно-перфузионное оживление органов на этапе их консервации позволяет расширить донорский пул, в прошлом не рекомендованный для трансплантации. Не менее значимыми направлениями увеличения трансплантационной активности являются целенаправленные социальные проекты, проведение Всероссийского дня донорства органов, взаимодействие с масс-медиа в вопросах органного донорства. Вопрос «Как не навредить?» был вынесен в основу обсуждений и докладов по трансплантационной биоэтике.

Выводы. Новые данные, технологии и организационные модели, представленные на Юбилейном X Всероссийском съезде трансплантологов, вполне доступны и могут быть взяты за основу в вопросах регионального развития трансплантационной хирургии в Донецкой Народной Республике.

Захарченко А.А., Смотрова Е.Д., Ильяшенко А.А

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ДИССОМИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Цель исследования. Сравнить гемодинамические показатели эффективности терапии диссомии у пациентов позднего возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 60 пациентах терапевтического отделения городской больницы №3 г. Горловка с марта 2019 года по август 2020 года, средний возраст составил $70,9 \pm 0,27$ (66 – 75) лет, среди них 36 человек женского пола (60%), 24 человек мужского (40%). Пациенты получали стандартное лечение гипертонической болезни 2 степени. Пациентам, предъявлявшим жалобы на бессонницу, под контролем лечащего врача, были назначены препараты: доксиламина сукцинат («Сондокс»), фенобарбитал + этилбромизовалерианат («Валокордин») и мелиса+хмель+валериана («Вечернее»). Учитывались следующие гемодинамические показатели: артериальное давление систолическое и диастолическое (САД, ДАД), и частота сердечных сокращений (ЧСС). Для сравнения выборок использовались критерии Вилкоксона, доверительные интервалы (ДИ) реализованные в программе Microsoft Excel.

Результаты исследования. В зависимости от применяемого препарата, пациентов распределили на группы: 1 – получавшая Сондокс, 2 – Валокордин, 3 – Вечернее, 4 – контрольная.

В начале лечения у первой группы среднее значение САД составляло $160 \pm 2,532$ (ДИ 95% 160-170) мм.рт.ст., ДАД $100 \pm 2,047$ (ДИ 95% 90-110) мм.рт.ст., ЧСС $73,93 \pm 0,7146$ (ДИ 95% 72,38-75,47) уд/мин.. После курса лечения их гемодинамические показатели изменились. САД стало $140 \pm 2,532$ (ДИ 95% 140-150) мм.рт.ст., ДАД – $90 \pm 2,047$ (ДИ 95% 80-100) мм.рт.ст., ЧСС – $82,14 \pm 1,068$ (ДИ 95% 79,83-84,45) уд/мин..

У второй группы до лечения САД было $160 \pm 2,089$ (ДИ 95% 160-170) мм.рт.ст., ДАД $100 \pm 1,888$ (ДИ 95% 90-110) мм.рт.ст., ЧСС $71,22 \pm 1,107$ (ДИ 95% 68,89-73,56) уд/мин.. После приема Валокордина САД стало $130 \pm 2,089$ (ДИ 95% 130-140) мм.рт.ст., ДАД – $90 \pm 1,888$ (ДИ 95% 80-100) мм.рт.ст., ЧСС – $68,22 \pm 1,107$ (ДИ 95% 65,89-70,56) уд/мин..

У третьей группы первоначально было САД $160 \pm 2,598$ (ДИ 95% 160-170) мм.рт.ст., ДАД $100 \pm 2,038$ (ДИ 95% 90-110) мм.рт.ст., ЧСС $71,64 \pm 1,46$ (ДИ 95% 68,38-74,89) уд/мин.. После окончания курса лечения САД стало $140 \pm 2,598$ (ДИ 95% 140-150) мм.рт.ст., ДАД – $90 \pm 2,038$ (ДИ 95% 80-100) мм.рт.ст., ЧСС – $68,64 \pm 1,46$ (ДИ 95% 65,38-71,89) уд/мин..

У четвертой группы САД составляло $160 \pm 2,181$ (ДИ 95% 160-170) мм.рт.ст., ДАД $100 \pm 2,085$ (ДИ 95% 90-110) мм.рт.ст., ЧСС $70,82 \pm 0,3455$ (ДИ 95% 70,09-71,56) уд/мин.. В

конце курса лечения САД стало $140 \pm 2,181$ (ДИ 95% 140-150) мм.рт.ст., ДАД $90 \pm 2,085$ (ДИ 95% 80-100) мм.рт.ст., ЧСС – $65,82 \pm 0,3455$ (ДИ 95% 65,09-66,56) уд/мин.

Выводы. Сравнивая данные, обнаружили, что у первой группы после применения Сондокса снизились показатели САД и ДАД, но показатели ЧСС повысились ($p < 0,001$). У второй группы, принимающей Валокордин, результат был лучше: снизились показатели САД и ДАД, показатели ЧСС пришли в норму ($p < 0,001$). У третьей группы результат так же был положительным: снижение показателей САД, ДАД и ЧСС ($p < 0,001$). У четвертой группы, которой не назначались лекарства от бессонницы, было отмечено снижение САД, ДАД и ЧСС ($p < 0,001$). Наиболее эффективным оказалось лечение, которое применялось ко второй группе, так как гемодинамические данные пациентов этой группы наиболее оптимальны.

Зиновьев Е.В., Солошенко В.В., Костяков Д.В., Крылов П.К.

ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Актуальность. Ожоги – это неотложное состояние, требующее квалифицированной, а нередко и специализированной медицинской помощи в первые часы после травмы. В комбустиологической практике в большинстве случаев лечебные мероприятия необходимо осуществлять до момента исключения инфекционного статуса пострадавшего, в частности, возможного наличия COVID-19, который обладает высокой вирулентностью и вызывает серьезные осложнения как среди больных, так и медицинских работников. Для предупреждения распространения инфекции в ожоговых отделениях исключаются возможные моменты заражения. В Санкт-Петербургском институте скорой помощи разработан и используется алгоритм лечения обожженных в условиях пандемии COVID-19. Этому алгоритму использован в ходе оказания медицинской помощи 49 пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям в период 04-10.2020 в условиях отдела термических поражений НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, включающего отделение ожоговой реанимации и два ожоговых отделения (мужское и женское соответственно). Внедрение эффективной защиты соответствующего уровня и разработка практических протоколов лечения позволило предупредить дальнейшее распространение в

стационаре COVID-19.

Цель: обобщить особенности лечения обожженных в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы исследования: Среди COVID-19 положительных обожженных 32 лечилось в ожоговых отделениях №1 и №2, в ожоговой реанимации находилось на лечении 17 пострадавших с ожоговой болезнью. Мужчин среди них было 30, женщин 29. Средний возраст пострадавших, находившихся на лечении в ожоговых отделениях составил $57,97 \pm 2,81$ лет (от 35 до 90 лет). В отделении интенсивной терапии средний возраст пациентов составил $53,18 \pm 4,34$ лет (от 24 лет до 91 года). Общая площадь ожогового поражения у пострадавших, лечившихся на ожоговых отделениях составила $17,44 \pm 3,17\%$ поверхности тела (п.т.), причем глубокий ожог наблюдали на площади $6,51 \pm 1,38\%$ п.т. Среди пострадавших отделения анестезиологии и реанимации общая площадь ожога составляла $40,71 \pm 4,29\%$ п.т., в том числе глубокого $18,29 \pm 3,04\%$ п.т.

Всем пострадавшим при поступлении производили забор материала со слизистых носоглотки для анализа на COVID-19. На этапе приемного отделения выполнялась рентгенография органов грудной клетки, при необходимости диагноз уточнялся при помощи компьютерной

томографии. Далее пациент помещался в обсервационную палату ожогового отделения (на 1-3 суток) до получения отрицательного ответа, а затем переводился в общие палаты. В процессе лечения также выполнялись повторные исследования на COVID-19 в случае выявления симптомов ОРВИ или контакта с инфицированным.

Результаты и обсуждение: При получении положительного ответа на COVID-19 больной переводился в специализированный стационар с рекомендациями по лечению, как правило, такие больные направлялись в перепрофилированные хирургические отделения, где необходимая помощь оказывалась в полном объеме. Наличие двух ожоговых отделений позволяло своевременно создавать достаточное количество обсервационных коек и полностью разделять обследованных и пациентов с неизвестным статусом. 7(14,29%) пострадавших с ограниченными поверхностными ожогами и субклиническим течением COVID-19 были выписаны на амбулаторное лечение по месту жительства после оповещения соответствующих служб.

В более сложной ситуации оказывались обо-

жженные из отделения ожоговой реанимации при выявлении новой коронавирусной инфекции. Они госпитализировались в отделения интенсивной терапии, в которых отсутствовал опыт лечения такого контингента. Отсутствовали флюидизирующие кровати. Проблема перевязок ожоговым больным решалась выездными бригадами хирургов комбустиологов из НИИ скорой помощи. После получения двух отрицательных результатов на COVID-19, больной возвращался в отделение анестезиологии и реанимации. Перевод инфицированных COVID-19 пострадавших с ожоговой болезнью в другие клиники увеличивал длительность лечения, так как исключался этап хирургического лечения.

Заключение: Благодаря разобщению потоков больных и мониторингу своевременному выявлению обожженных, инфицированных COVID-19, удалось сохранить непрерывность оказания медицинской помощи этому контингенту пострадавших. В ходе дальнейшего оказания помощи обожженным в условиях пандемии COVID-19 будет накоплен материал для составления выводов и рекомендаций.

Золотухин С.Э., Аль Давуд Амджад, Понсе Прадо А.О., Мутык М.Г., Бондаренко Н.В., Клочков М.М., Булатова М.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
РОЦ им. профессора Г.В.Бондаря МЗ ДНР, г.Донецк

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ И СФИНКТЕРСОХРАНЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЙ

Актуальность. Отдаленная выживаемость больных раком прямой кишки старческого возраста после первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций является основным методом оценки эффективности предложенной тактики лечения в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г.В.Бондаря. В исследовательской литературе не редко высказывается сомнение в целесообразности выполнения радикальных операций у данного контингента больных вообще, и в объеме первично-восстановительных операций, в частности. Оправданием такого подхода служит наличие полиморбидности больных старше 75 лет и высокой вероятности летальных исходов от обострения интеркуррентной патологии в отдаленном периоде.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты лечения рака прямой кишки у больных старческого возраста при использовании

первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 312 больных раком прямой кишки (I-III стадий) старше 75 с поражением различных её отделов. Сопутствующую патологию имели все пациенты, при этом регистрировались от 1 до 4 патологических состояний, всего зарегистрировано 512 сопутствующих патологических процессов у 312 пациентов. Осложненное течение опухолевого процесса отмечено у 72(23,1%) больных. Первично-восстановительные операции выполнены в 293(97,0%) случаях, в 9(3,0%) – операция Гартмана. В группе первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих операций послеоперационные осложнения отмечены в 42(14,3%) наблюдениях, послеоперационная летальность отмечена в 15(5,1%) случаях.

Отдаленные результаты изучались методом

построения таблиц дожития, учтена послеоперационная летальность. 5-летняя выживаемость составила $50,17 \pm 3,03\%$, 7-летняя $-42,75 \pm 3,04\%$, 10-летняя $-26,27 \pm 3,02\%$, 15-летняя $-12,14 \pm 2,85$. Средняя продолжительность жизни составила почти 4 года. Наиболее высокая средняя продолжительность жизни, как у мужчин, так и у женщин отмечена в возрасте до 76 лет включительно, наиболее низкая в промежутке 78-79 лет. Мы не увидели положительного влияния дополнения хирургического способа химиолучевой терапией. Хирургический способ позволил получить более высокую 5-летнюю выживаемость по сравнению с комбинированным и комплексным лечением ($52,22 \pm 3,33\%$ против $47,78 \pm 9,52\%$, $34,24 \pm 9,70\%$), однако разница между этими показателями статистически не достоверна. При

этом в плане комбинированного лечения наиболее эффективной схемой явилось проведение лучевой и химиотерапии до и после операции – предоперационная лучевая и химиотерапия – операция – послеоперационная химиотерапия – лучевая терапия. Мы отметили статистически достоверную положительную разницу выживаемости у женщин над мужчинами, превышающую, в зависимости от года наблюдения, показатели последних в диапазоне от $5,53\%$ до $14,69\%$.

Заключение. Полученные удовлетворительные отдаленные результаты лечения оправдывают разработанную первично-восстановительную и сфинктер-сохраняющую тактику хирургического лечения больных раком прямой кишки старческого возраста.

Зубак А.С., Нассер Х.

ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Новосибирск

ПОИСК ДОЗИРОВКИ ТРОМБОВАЗИМА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ТРОМБОЗА ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Актуальность. В настоящее время проблема тромбозов церебральных венозных синусов актуальна, так как причина возникновения тромбоза остается неизвестной в 20-35% случаев. Тромбоз верхнего сагиттального синуса является редким (3-4 случая на 1 млн. населения) заболеванием с высоким уровнем инвалидизации и летальности. Ранее проводимые исследования доказали эффективность и безопасность Тромбовазима для лечения хронической венозной недостаточности и инсультов у крыс.

Цель исследования. Поиск дозозависимого эффекта препарата Тромбовазим для устранения тромбоза верхнего сагиттального синуса у крыс.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 10 самцах крыс Wistar. Животным вводили внутривенно раствор хлоралгидрата в дозировке 450 мг/кг. Далее после наступления наркоза, удаляли шерсть с оперативного поля, делали 1,5 см разрез по средней линии головы. Выявляли на черепе лямбду, брегму и между ними стоматологическим бором высверливали продольное черепное окно (10x1,5 мм) для выявления верхнего сагиттального синуса (ВСС). Кончик сверла непрерывно охлаждали физиологическим раствором, чтобы избежать какой-либо термической травмы. Благодаря этой хирургической процедуре твердая мозговая оболочка оставалась неповрежденной. Тромбоз ВСС вызыва-

ли апплицированием полоски фильтровальной бумаги, соответствующей размерам черепного окна, пропитанной 40% хлоридом железа в течение 3 минут. После удаления полоски отмечалось изменение цвета ВСС, что свидетельствовало о наличии тромба. Далее хирургическое поле промывали физиологическим раствором. Удаленную полоску кости заменяли, герметизировали костным цементом и зашивали кожу. Далее крыс держали в клетке при свободном доступе к пище и воде.

Животных после операции разделяли на группы и вводили внутривенно Тромбовазим в дозах 40, 80, 160, 320 ЕД/кг дважды в сутки (в утреннее и вечернее время). Через 24 часа после экспериментально вызванного тромбоза ВСС крыс вновь наркотизировали, снимали швы, удаляли костный цемент, вновь обнажая ВСС для фиксации изменений. Дозировка считалась эффективной, если при вторичном обнажении по всей длине выделенной ВСС не наблюдалось темных участков и ткань сосуда имела первоначальный вид.

Результаты и их обсуждение. В процессе эксперимента процент выживаемости составил 90%. У всех животных через 24 часа после вызванного тромбоза не наблюдалось неврологической симптоматики: нарушений спонтанной и двигательной активности, чувствительности. При витальной окраске мозга красителем Эвансом

синим на препаратах отсутствовали очаги ишемии. При использовании трифенилтетразолия хлорида на препаратах мозга так же не было очага некроза. Вероятно, это связано с тем, что сформированный тромб не перекрывал полностью просвет ВСС, а также у крыс хорошо развиты коллатеральные сети.

В результате введения экспериментальным животным раствора Тромбовазимав дозировках 40, 80, 160 ЕД/кг через сутки повторно фиксировался тромбоз ВСС, видимых изменений не

обнаруживалось. В ходе эксперимента была найдена эффективная дозировка в 320 ЕД/кг. Данная дозировка в пересчете на человека соответствует используемой 4000 ЕД для однократного внутривенного введения при инфаркте миокарда.

Выводы. В результате проведенного эксперимента была установлена эффективность препарата Тромбовазимав в дозировке 320 ЕД/кг для устранения тромбоза ВСС у экспериментальных животных.

Зубаревская О.А.

Республиканский клинический дерматовенерологический центр, МЗ ДНР

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Гнездная алопеция является хроническим воспалительным заболеванием, затрагивающим волосяные фолликулы, которое характеризуется нерубцовым выпадением волос на волосистой части головы, лице и других участках кожного покрова. В последнее время всё большее число исследователей считают гнездная алопеция тканеспецифическим аутоиммунным заболеванием, опосредованным аутоактивированными Т-лимфоцитами, в патогенезе которого ключевую роль играет меланоцит- и/или анаген-ассоциированный аутоантиген волосяных фолликулов. Важным является своевременное установление диагноза, одним из методов диагностики, применяемым при данной нозологии, является дерматоскопии.

Целью работы было оценить выраженность дерматоскопических паттернов у больных с гнездной алопецией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 15 пациентов в возрасте до 20 лет (6 лиц мужского и 9 лиц женского пола) с диагнозом гнездная алопеция, обратившихся в Республиканский клинический дерматовенерологический центр, МЗ ДНР в 2020 году. Дерматоскопические исследования проводили с помощью дерматоскопов HieneDelta 20© (Германия).

Результаты. Распределение больных по возрастным группам было таким: до 5 лет – 2 (13,3%), от 5 до 10 лет – 7 (46,7%); от 10 до 19 лет – 4 (26,7%); старше 19 лет – 2 (13,3%); Длительность болезни была от 2 месяцев до 2 лет.

Один очаг выпадения волос был у 6 (40%) больных, от двух до четырёх – у 6 (40%) больных, офиазисная форма – у 3 (20%) больных. При обследовании паразитарная инвазия (лямблиоз, аскаридоз) выявлена у 4 (26,7%) больных, острицы – у 2 (13,3%) больных. Частые ОРВИ и хронические тонзилиты были у 8 (53,3%) больных. Гнездная алопеция, развившаяся после психоэмоционального стресса, была у 1 (6,7%) больного. Прогрессирующая стадия была у 9 (60%) больных, стационарная стадия – у 4 (26,7%) больных, регрессирующая – у 2 (13,3%) больных.

При анализе дерматоскопических паттернов, в зависимости от стадии гнездной алопеции, отмечено, что при прогрессирующей стадии у всех больных отмечалась незначительная эритема в очагах поражения, по краю границ обнаруживались обломанные волосы в виде «восклицательных знаков», отмечались дистрофические изменения стержня волос краевой зоны в виде «оборванного каната». В стационарной стадии гиперемия в очагах не определялась, волосы в виде «восклицательных знаков» отсутствовали. В стадии регресса отмечалось появление роста vellusных волос, пушковых депигментированных волос и частичный рост терминальных пигментированных волос.

Выводы. Дерматоскопические признаки позволяют на ранних стадиях оценить эффективность терапии и оптимизировать лечебно-реабилитационные мероприятия.

Зубенко И.В., Поважная Е.С., Терещенко И.В., Пеклун И.В.

Кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и физического воспитания
 ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк»

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Остеохондроз шейного отдела позвоночника – распространенная патология, число пациентов неуклонно растет, болеют лица молодого трудоспособного возраста, что приводит к временной утрате трудоспособности, в тяжелых случаях – к инвалидизации. Проводимое симптоматическое лечение часто остается малоэффективным. Необходимо учитывать патогенетический фактор механического раздражения или сдавления спинномозгового корешка смещенной частью межпозвонкового диска (при протрузиях и грыжах) и более широко применять декомпрессию патологического отдела позвоночника.

Целью данной работы явилось изучение эффективности тракционных методов лечения остеохондроза шейного отдела позвоночника на фоне комплексного лечения.

В исследование были включены 49 пациентов в возрасте от 30 до 59 лет с протрузиями и грыжами дисков шейного отдела позвоночника. Диагноз был установлен на основе неврологического исследования и подтверждался данными магнитно-резонансной томографии (МРТ). Процедуры отпускались пациентам с шейным остеохондрозом в стадии обострения с болевым синдромом разной степени выраженности. Длительность боли составляла не более 12 недель. Все больные получали медикаментозную традиционную терапию. В зависимости от проводимого лечения были выделены 2 группы пациентов. В 1-й группе (22 человека) пациентам выполнялось комплексное лечение с использованием лекарственных препаратов и физиотерапии: УВЧ-терапии на заднюю поверхность шеи от аппарата УВЧ-66 по местной продольной методике в атермической дозировке, ежедневно, 7 процедур; синусоидально-модулированные токи (СМТ) с применением анальгезирующих параметров, ежедневно, 7 процедур, низкочастотной магнитотерапии от аппарата «Градиент-1» переменным магнитным полем, индукцией 20 мТл, 20 минут, 7-8 процедур (магнитотерапия проводилась после завершения выполнения УВЧ и СМТ) и вакуум-массажа воротниковой зоны от

аппарата ВТЛ-12 в импульсном режиме с частотой импульсов 30-40, давлением 0,30-0,40 бар, длительностью 10 минут, курсом 12-15 процедур. Во 2-ой группе (27 пациентов) дополнительно больные получали сухое горизонтальное дозированное компьютерное вытяжение шейного отдела позвоночника от аппарата ТРАК-компьютер, постепенным увеличением веса от 3 до 7 кг, длительностью процедуры 10-12 минут. Декомпрессионные мероприятия выполнялись после проведения физиотерапевтических процедур, которые выступали и в качестве подготовительных для мышц при последующей тракции. Исследовали динамику болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и опроснику Рональда-Мориса, степень ограничения движений в шейном отделе позвоночника – по пятибальной системе. У части пациентов после проведенного курса лечения (12-15 процедур) выполняли повторную МРТ.

Результаты исследования показали разную терапевтическую эффективность применяемого лечения. Лучший результат получен у пациентов 2-й группы, получавших дополнительно тракционную терапию. Интенсивность болевого синдрома уменьшилась быстрее на 3-4 дня в сравнении с 1-й группой. Более полным было и восстановление объема движений. Отдаленные результаты также показали более высокую эффективность сочетанного действия физиотерапевтической и тракционной терапии на фоне медикаментозного лечения. Улучшение у пациентов первой группы наступало в 52,5% случаев и было существенно ниже, чем во второй (89,7%) группе. При повторной МРТ у 5 больных 2-й группы выявлялось уменьшение размера протрузий в 1,2 – 1,5 раза, что свидетельствовало о выраженном терапевтическом эффекте.

Таким образом, максимальная эффективность лечения достигалась при комплексном воздействии с обязательным использованием тракционной терапии, как патогенетического фактора лечения.

Зуева Г.В., Масюта Д.И., Шапченко Т.И., Журбий О.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

В настоящее время медицинские вузы используют инновационное направление - компетентностный подход. Компетентность-совокупность того, что позволяет достичь успехов в определенной деятельности, а именно: знания, умения, навыки. Компетентностный подход выводит на первый план не информированность специалиста или отдельно взятого студента, а их способность преодолевать проблемы с помощью познания и объяснения тех или иных явлений. Это может быть достигнуто с помощью освоения современных технологий, умения общаться с коллегами, используя при этом этические нормы, оценку собственных поступков и др.»Компетентность» – это понятие включает когнитивные, операционно-технологические параметры, а также социальную, поведенческую, мотивационную, этическую составляющие, но и, безусловно, итоги обучения: знания, умения, навыки. Известно, что компетенции формируются в процессе обучения не только в образовательном заведении, но и под влиянием работы, политики, культуры, семьи, религии, друзей и др. Поэтому внедрение компетентностного подхода зависит от цельной образовательнокультурной ситуации, в которой находится обучающийся. Перед каждым образовательным учреждением, кафедрой или факультетом всегда остро стоит вопрос отбора основополагающих компетенций, что является одной из важнейших составляющих для обновления содержания современного медицинского образования.

Для обеспечения современного профессионального медицинского образования приоритетные такие понятия, как профессиональная квалификация (уровень профессиональной подготовленности), ключевые квалификации (общепрофессиональные знания, умения, навыки), профессиональная компетентность (возможность преодолевать профессиональные проблемы и решать профессиональные задачи).

В течение последних десятилетий в практической медицине наблюдаются изменения, затрагивающие характер и содержание работы врача.

Эта деятельность выходит за пределы традиционных профессиональных задач-сохранение жизни пациента и его трудоспособности. Актуальными являются вопросы обеспечения качества жизни пациентов, что, безусловно, ставит на первое место проблему удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи.

Профессиональная компетентность врача формируется на основе базисных медицинских навыков, научного знания и морально-этического развития конкретного специалиста. Ведущими составляющими профессиональной компетенции есть способность приобретать и использовать знания, интеграция знаний при помощи клинического мышления, а также применять их при общении с больными, руководствуясь этическими принципами.

Приобретение коммуникативных навыков, развитие клинического мышления являются важнейшими целями профессиональной подготовки, что имеет место при современном компетентностно-модульном подходе и образовательному процессу в медицинском вузе. Модуль объединяет необходимое количество занятий, близких по тематике, целям и задачам. На клинических кафедрах таким связующим звеном есть определенная система организма, изучаемая согласно программе. Особенностью модульного обучения является посвящение большей части учебного времени самостоятельной работе студентов. Работа над модулем предусматривает практические занятия, лекции, решение ситуационных задач, тестовых заданий, овладение практическими навыками при обследовании пациентов, написание историй болезни, самостоятельную работу обучающихся.

Итогом компетентностно-ориентированного образования является готовность будущего специалиста к продуктивным ответственным и самостоятельным поступкам в профессиональной деятельности, а преподаватели медицинских вузов обязаны обеспечить достижение этого результата

Зуева Г.В., Шапченко Т.И., Левченко Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г.Донецк.

ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМА И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Ожирение-одно из распространенных хронических заболеваний на планете и достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Число детей, страдающих ожирением удваивается каждые три десятилетия. Основными причинами, приводящими к ожирению являются преобладание потребляемой энергии пищи над ее расходом, длительный интервал между приемом пищи, дисбаланс пищевых веществ с избытком жиров и углеводов, объемный ужин.

Алиментарный фактор играет программированную роль, так как предопределяет последствия состояния здоровья ребенка в отдаленные периоды его жизни в связи с тем или иным характером питания. Питание детей и подростков в возрасте от 2-18 лет является несбалансированным, что связано с недостаточным потреблением эссенциальных пищевых веществ (кальция, железа, витаминов А, С, В1, В2, В6), при преобладании сахара, соли, жира, в том числе насыщенных жирных кислот (НЖК). Так, анализ химического состава рационов детей с ожирением дал возможность определить избыток потребляемой энергии пищи (на 52%), который реализуется за счет белков, жиров (в том числе НЖК) и углеводов (в том числе моно/ дисахаридов). НЖК существенно влияют на концентрацию холестерина в крови и предопределяют риск нарушения обменных процессов. В настоящее время в питании детей и подростков отмечено высокое потребление простых сахаров. Указанные факторы могут приводить не только к прогрессированию ожирения, но и к возникновению других алиментарно-зависимых заболеваний.

Необходимо подчеркнуть, что пищевые привязанности детей в настоящее время, начиная с дошкольного возраста отличается употреблением продуктов и блюд не рекомендованных для детского питания, особенно при ожирении, например, фастфуда, содержащего большое количество насыщенных животных и окисленных жиров. Анализируя пищевые предпочтения детей и подростков можно установить связь с воз-

никновением ожирения и употреблением хлебобулочных и кондитерских изделий(более 5 раз в сутки и более 3 раз в сутки соответственно) Значительно частое употребление продуктов с высоким содержанием жира (более 2 раз в сутки).

По литературным данным известно, что энергетическая ценность рационов питания возрастает с ростом дохода на одного человека в семье. По данным наших исследований: при значительном отличии калорийности пищевых рационов детей и подростков в различных семьях, среднемесячный доход на одного члена семьи одинаков.

Можно сделать выводы, что материальное обеспечение не является фактором, определяющим уровень употребления высококалорийной пищи. Описанные результаты совпадают с показателями экспертов ВОЗ о том, что сейчас ожирение распространено среди населения с различным уровнем дохода.

Исследования последних лет выявили, что дети с избыточным весом и ожирением часто не завтракают, однако в течение дня имеют несколько обильных приемов пищи. Необходимо обучение детей и их родителей контролировать размер порций еды, принимаемой во время перекусов.

Физическая нагрузка является необходимой для детей с ожирением. Показано, что двадцать минут аэробной нагрузки пять раз в неделю в течение тринадцати недель приводит к уменьшению массы тела ребенка с ожирением. Доказано, что вместе с улучшением метаболических процессов, повышение физической активности у детей с ожирением приводит к улучшению когнитивной функции, а также концентрации внимания.

Таким образом ведущую роль в развитии ожирения в детском и подростковом возрасте по-прежнему играет низкая информированность детей, подростков и родителей о принципах правильного питания, что объясняет сложившийся стереотип пищевого поведения в этих семьях.

Евтушенко С.К., Голубева И.Н., Бурцева Т.О.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РДКБ (г. ДОНЕЦК)
ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭВЕРОЛИМУС И САБРИЛ ВПЕРВЫЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ У РЕБЕНКА С ЭПИЛЕПСИЕЙ ПРИ ТУБЕРОЗНОМ СКЛЕРОЗЕ

Актуальность. Болезнь Бурневилля-Прингла (туберозный склероз) – генетически детерминированное орфанное заболевание, характеризующееся гиперплазией экто- и мезодермы, тяжелым поражением нервной системы, кожи, наличием доброкачественных опухолей (гамартом) в различных органах.

Цель. Впервые в отечественной практике применить в лечении туберозного склероза ингибитор пролиферативного сигнала препарат Эверолимус в сочетании с современными антиконвульсантами

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Девочка наблюдается неврологом с возраста 6ти месяцев по поводу эпилептических инфантильных спазмов (серии пропульсий, гипсаритмия на ЭЭГ, задержка развития). Рабдомиома сердца была выявлена внутриутробно на 34 неделе беременности. Множественные гипопигментные пятна и седая прядь волос с рождения, ангиофиброма на лице формируется с 8ми лет. МРТ головного мозга в 2019 и в 2020гг демонстрирует отрицательную динамику в виде увеличения количества туберов (множественные туберы и субэпендимальные узлы). Резко увеличилась СЭГА (субэпендимальная гигантоклеточная астроцитома), её размеры на 06.2020г – 24х14х20мм. ЭХО-КГ: рабдомиома сердца, 1.5х3.0мм. Для лечения развернутых эпилептических судорог в клинике назначен сабрил (патогенетический противоэпилептический препарат при данном заболевании), проводились курсы дексаметазона, синактена-депо. Сохранились фокальные, миоклонические и генерализованные приступы.

При увеличении частоты пароксизмов к сабрилу были добавлены дексаметазон, синактен-депо по схеме. С 2014 года по настоящее время ребенок принимает Сабрил 100-140мг/кг/ в сутки + Топамакс 10мг/кг в сутки. Отмечена положительная динамика в виде снижения числа приступов, длительных ремиссий. Умственное развитие ребёнка соответствует возрасту. Вес 35 кг, рост 146 см. Площадь поверхности тела = 1.21м кв. Окончательный диагноз: Субэпендимальная гигантоклеточная астроцитома левого бокового желудочка(по данным МРТ головного мозга) в сочетании с рабдомиомой сердца, множественными кистами почек, де- и гиперпигментированными пятнами кожи, ангиофибромой лица и злокачественным течением эпилепсии как проявление тяжелой формы туберозного склероза (болезни Бурневилля). Учитывая прогрессирование СЭГА(размеры и локализация – близость к отверстию Монро) левого бокового желудочка головного мозга и наличие фармакорезистентной формы эпилепсии начато введение в терапию препарата Эверолимус (Афинитор Novartis, Швейцария) согласно инструкции, в суточной дозе 10мг(4 таблетки по 2.5мг или 2 таблетки по 5мг) – однократно утром .

ВЫВОДЫ: идентифицированный диагноз туберозный склероз (болезнь Бурневилля) позволил нам впервые применить оригинальный препарат Эверолимус у ребенка 11ти лет. Контрольное МРТ-исследование через три месяца с момента начала приёма препарата подтвердило начало регресса СЭГА головного мозга, без нейрохирургического вмешательства.

Евтушенко С.К., Гагара Д.А., Прохорова Л.М.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РДКБ (г. ДОНЕЦК)
ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»

СПОНТАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ И ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ «НАСИЛЬСТВЕННОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ» ЭЭГ У ДЕТЕЙ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ (СИНДРОМ ЛАНДОЛЬТА)

Актуальность. Синдром Ландольта «насильственная нормализация ЭЭГ» представляет собой особую разновидность спонтанных интериктальных психоневрологических расстройств и рассматривается как осложнение противосудорожной терапии эпилепсий у детей. Основными симптомами феномена Ландольта были сумеречные расстройства сознания, дисфории, биполярные расстройства и не адекватное поведение.

Цель. Изучение клинко-электроэнцефалографических особенностей у детей со злокачественно текущими и труднокурабельными формами эпилепсии, у которых был диагностирован синдром Ландольта и выбор симптоматической терапии, направленной на устранение психоневрологических нарушений. **Материал и методы.** В исследовании, которое длилось в течение 5-ти лет, включены 67 детей в возрасте от 6 до 15 лет (30 девочек, 37 мальчиков) с труднокурабельными формами эпилепсии, обусловленной фокальной корковой дисплазией-26чел., агенезией мозолистого тела-8чел., склерозом гиппокампа-7чел., гипоксически-ишемическими очагами субкортикальной локализации-26, принимавших различные противоэпилептические препараты (топамекс, левицитам, финлепсин, вигабатрин и др.). Давность заболевания и приема антиконвульсантов варьировалась от 6 месяцев до 5-ти лет. Проводилось тщательное клиническое и пара-

клиническое обследование (МРТ головного мозга, КЭЭГ, определение уровня антиконвульсантов в крови). У всех детей при проведении КЭЭГ была выявлена эпилептическая активность. У 17 больных в результате адекватного лечения антиконвульсантами приступы купировались, нивелировалась эпилептическая активность при проведении ЭЭГ, но на этом фоне возникали выраженные психомоторные расстройства. Эти состояния отмечались при назначении чаще всего левицитама и карбамазепина (финлепсина). После снижения дозы (либо отмены препарата) выраженность проявлений, характерных для синдрома Ландольта не снижалась, мы назначали симптоматическую терапию (фолиевая кислота, фенибут, гамалате В6).

Результаты. Достоверно идентифицирован клинко-электрографический феномен Ландольта у детей с труднокурабельными формами эпилепсии. Разработаны рекомендации по лечению.

Выводы. При развитии синдрома «насильственная нормализация ЭЭГ» у детей с труднокурабельными формами эпилепсий прежде всего необходима коррекция противосудорожной терапии. Рекомендуется отменить препарат, который мог вызвать синдром Ландольта и перевести ребенка на прием вальпроатов (так как вальпроаты крайне редко вызывают проявления синдрома Ландольта) с добавлением в терапию фолиевой кислоты, вит В6 и ридазина.

Евтушенко С.К., Гагара Д.А., Прохорова Л.М.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РДКБ (г. ДОНЕЦК)
ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ СНА (СИНДРОМ ПАТРИ-ТАССИНАРИ)

Актуальность. Эпилептическая энцефалопатия с синдромом ESES ((electric status epilepticus in sleep) – частично обратимая возрастзависимая детская эпилептическая энцефалопатия, характеризующаяся эпилептическими приступами, когнитивными и поведенческими расстройствами и типичными электроэнцефалографическими паттернами диффузных «спайк-волн» и трудно поддающаяся лечению.

Цель. Определить клинико-нейрофизиологические и нейровизуализирующие особенности синдрома ESES у детей и разработать методы терапии.

Материалы и методы. Было проведено исследование 38 детей в возрасте от 3-х до 15 лет (12 девочек-32%, 26 мальчиков-68%), поступивших в Республиканский противоэпилептический педиатрический центр на базе неврологического отделения по поводу частых эпилептических приступов и расстройств поведения. В качестве диагностических методов применялось исследование неврологического статуса, ЭЭГ-мониторинг, МРТ исследование головного мозга.

Результаты. Под нашим наблюдением было 38 детей с различными

эпилептическими синдромами (синдром Леннокса-Гасто, доброкачественная миоклоническая эпилепсия раннего возраста, роландическая эпилепсия, симптоматическая эпилепсия, миоклонически-астатическая эпилепсия Дуузе), расстройствами речи, психомоторной растормо-

женностью, поведенческими отклонениями, у которых при проведении ЭЭГ-мониторинга сна был выявлен ESES феномен. При проведении МРТ исследования у 31 ребенка (82%) не было выявлено структурных изменений в головном мозге, у 7 детей (12%) выявлены очаговые изменения в головном мозге в виде атрофии. В терапии были использованы препараты вальпроевой кислоты, леветирацетам (кепра), топирамат (топамакс) как монотерапия, так и их комбинация. При отсутствии эффекта от терапии применялись этосуксимид в дозе 25-35 мг/кг/сут и бензодиазепины (клоназепам, клобазам). При тяжелых проявлениях эпилепсии у 6 детей применялась гормональная терапия и внутривенное введение иммуноглобулина (по разработанной схеме С.К.Евтушенко, А.А.Омельяненко).

Выводы. Электрический эпилептический статус сна является клинически гетерогенным, неспецифическим электрографическим феноменом, который может сопровождать значительное число эпилептических синдромов. В большинстве случаев течение эпилепсии с ESES отличается тяжестью и сопровождается ухудшением нервно-психических функций пациентов. На основании исследования сделан вывод, что при отсутствии эпилептических припадков, но при появлении стойких

психоневрологических расстройств, необходимо применение протисудорожных препаратов.

*Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Прохорова Л.М., Челпан Л.Л.,
Егорова Т.А., Москаленко С.В., Панова Н.В.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР, г. Донецк, ДНР

ИДЕНТИФИКАЦИЯ СИНДРОМА БАРТТЕРА У РЕБЕНКА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТЯЖЕЛОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА

Актуальность. Неврологические расстройства у детей, обусловленные органическим поражением центральной нервной системы, часто усугубляются сопутствующими заболеваниями и преобладают в клинических проявлениях. Это затрудняет диагностику и выбор эффективной терапии. Синдром Барттера – редкая аутосомно-рецессивная тубулопатия, приводящая к снижению в крови калия, натрия и повышению альдостерона.

Цель. Идентификация синдрома Барттера у ребенка с последствиями перинатального гнойного менингоэнцефалита.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился мальчик Б., 11 лет. В неонатальном периоде перенес гнойный менингоэнцефалит с формированием внутренней окклюзионной гидроцефалии. Установлен вентрикулоперитонеальный шунт (ВПШ). В 5-летнем возрасте в связи с декомпенсацией проведена эндоскопическая тривентрикулостомия, ревизия ВПШ. В дальнейшем функция ВПШ была нормальной. В возрасте 11 лет появились приступы выраженной головной боли с нарушением сознания, насильственным криком, рвотой, запрокидыванием головы, тоническим напряжением конечностей. Приступы постепенно участились до 12 в день. Неврологический статус: сходящееся косоглазие, крупноразмашистый горизонтальный нистагм, рефлекторная пирамидная недостаточность, легкая атаксия. Интеллект не нарушен. При суточном мониторировании АД и ЭКГ отмечена лабильная артериальная гипертензия, тахикардия. Лабораторное обследование: гиперальдостеронизм (462,66 пг/мл при норме 14,21-156,47), гипокалиемия (2,8 ммоль/л), гипонатриемия (125 ммоль/л), повышение экскреции натрия с мочой в 2,5 раза (что является характерным признаком синдрома Барттера). Клинический анализ крови, мочи, спинномозговой жидкости – без патологии. Мониторинг ЭЭГ (20 часов), бодрствование, сон: эпилептической активности (при наличии приступов) не

зафиксировано. УЗИ почек – без патологии. КТ с внутривенным введением контрастного вещества: надпочечники, почки, сосудистые ножки почек без патологии. МРТ головного мозга: Мелкие перивентрикулярные глиозные изменения с двух сторон. Истончение валика и тела мозолистого тела. Атрофия гипофиза с нарушением дифференцировки адено- и нейрогипофиза. Асимметричное расширение боковых желудочков. Шунт в правом боковом желудочке. Анализ предыдущих МРТ-исследований: до 8-летнего возраста у ребенка патологии гипофиза не отмечалось. Ребенок консультирован педиатром, эндокринологом, нейрохирургом. В отделении отмечались сложные парциальные приступы в виде насильственного крика с нарушением сознания, тоническим напряжением конечностей (преимущественно левых), рвотой, длящиеся около 5 минут, повторяющиеся до 5 раз в сутки (днем).

Установлен диагноз: Последствия гнойного менингоэнцефалита в виде внутренней гидроцефалией (состояние после установления ВПШ, тривентрикулостомии), атрофии гипофиза с симптоматической эпилепсией (частые сложные парциальные приступы). Тубулопатия в рамках синдрома Барттера (с гиперальдостеронизмом, гипонатриемией, гипокалиемией, лабильной артериальной гипертензией).

На фоне сочетания противоэпилептических препаратов (леветирацетам, бензонал), патогенетической терапии тубулопатии (индометацин, верошпирон), приема эналаприла и бисопролола состояние ребенка улучшилось: приступов нет; нормализовалось АД и ЧСС.

Выводы. Таким образом, у ребенка с поство-спалительной гидроцефалией на основании клинических проявлений и параклинических методов обследования мы диагностировали синдром Барттера. Специфическая терапия с учетом всех патогенетических механизмов позволила добиться клинического эффекта.

Иваненко А.А., Ковальчук О.Н., Лившиц Г.Н., Курилов В.Л.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака МЗ ДНР

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРОТИДНЫХ ПАРААНГИОМ

Параангиомы (устаревшее название – хемодектомы) – это нейроэндокринные опухоли из параангиомных клеток, разбросанных в виде скоплений (гломулов) по всему организму, преимущественно в адвентиции крупных артерий и вен. (Voedeker et al., 2005) Чаще всего параангиомы шеи наблюдаются в сонном гломуле – каротидная параангиома (КП). КП – мягкотканые, медленно растущие образования, длительное время протекающие бессимптомно. Злокачественные формы встречаются в 10 – 20% случаев.

Цель исследования: улучшение диагностики и результатов хирургического лечения КП на основании анализа собственного опыта лечения этой редкой патологии.

Материал и методы: в отделении сосудистой хирургии ИНВХ им. В.К. Гусака с 1992 по 2017 гг. находился на лечении 21 больной с КП (6 мужчин и 15 женщин). Возраст пациентов – от 21 до 76 лет. Средний возраст 48,5 года. Около половины (43%) были в возрасте от 21 до 33 лет. Гипертонической болезнью страдали 2 больных 52 и 66 лет. Основной жалобой у всех было наличие опухолевидного образования на шее. 5 из них отмечали умеренную болезненность в области образования, 7 – стреляющую боль в ухе, 6 – шум в голове на стороне образования, 2 – усиление пульсации на больной стороне, 3 – дискомфорт при глотании, 1 – головную боль, головокружение, раздражительность, 1 – изменение голоса, 1 – опущение верхнего века на стороне образования (симптом Горнера). Давность заболевания варьировала от полугода до 22 лет. Средний срок заболевания 5 лет. Медленный рост опухоли отметили 19 пациентов, быстрый – 2. У 11 пациентов была левосторонняя локализация опухоли, у 8 – правосторонняя и у 2 – двухсторонняя. Размеры опухоли колебались от 2-х до 12 см. в диаметре и от 2,8 см. до 8,9 см. по длине. У всех пациентов на шее ниже угла нижней челюсти пальпировалось образование плотно-эластической консистенции, безболезненное или умеренно болезненное, малоподвижное в горизонтальном направлении и неподвижное – в вертикальном. Для диагностики использовали дуплексное и триплексное сканирование, УЗДГ сонных артерий, СКТ органов шеи в ангиографическом режиме и рентгенконтрастную ангиографию. Все больные оперированы

радикально, кроме одной больной 66 лет, страдающей тяжелой формой гипертонической болезни (АД до 200 мм. рт.ст.). Опухоль не удалена из-за больших размеров, вовлечения сосудов и обильной кровоточивости. Остальным больным выполнено удаление опухоли. При этом, у одной больной произведено удаление опухоли, резекция и редрессация ВСА. У второго больного выполнена резекция бифуркации сонной артерии, лигирование её. У третьей больной выполнено удаление опухоли с резекцией и лигированием НСА. Одна больная оперирована с двух сторон с интервалом в 2 месяца. В общей сложности распространения КП на сонные артерии отмечено у 3-х больных, плотное сращение с внутренней яремной веной – у 2-х. В обоих случаях удалось отделить опухоль от яремной вены. Осложнения во время операции случилось у 2-х больных: повреждение сонной артерии в области бифуркации – у одной пациентки, произведено ушивание артерии. Вторая больная Н., 76 лет, умерла от кровотечения. Послеоперационная летальность составила 4,8%. Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 5 больных (35,7%): осиплость голоса, поперхивание при глотании – 2, синдром Горнера, поперхивание при глотании – 2, головная боль, слабость конвергенции – 1. После лечения с участием ЛОР-врача и невропатолога у всех больных наступило улучшение. При гистологическом исследовании препаратов альвеолярный тип строения выявлен у 11 пациентов, альвеолярно-трабекулярный – у 2, ангиоматозный – у 8.

Обсуждение: наш опыт лечения КХ свидетельствует о том, что большинство этих опухолей носит доброкачественный характер. Медленный рост опухоли, длительное бессимптомное течение затрудняют раннюю диагностику, о чём свидетельствует длительный анамнез заболевания у большинства больных.

Диагностика КП трудна вследствие редкости заболевания, неосведомленности врачей, скудости клиники, наличия большого количества сходных заболеваний. Для диагностики используют ультразвуковое сканирование, УЗДГ брахиоцефальных артерий, МСКТ, СКТ, МРТ, ангиографию, сцинтиграфию (Е.Н. Пномарёва и соавт.2003)..

Выводы. Прогрессирующий характер роста КП, вовлечение окружающих структур, склон-

ность к озлокачествлению являются абсолютными показаниями к раннему хирургическому лечению. Операция противопоказана при диссеминации и наличии отдалённых метастазов. От-

носительными противопоказаниями могут быть распространение процесса и предполагаемая невозможность радикального удаления опухоли.

Иванова И.П., Романенко К.В., Давлеева М.Д

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ У ДЕТЕЙ

Сосудистые поражения кожи- довольно частая причина обращения пациентов в дерматологические, косметологические и центры пластической хирургии, поскольку в большинстве случаев локализуются на открытых участках тела и оказываются серьезной эстетической проблемой, которая существенно влияет на психоэмоциональный статус ребенка и подростка, а иногда приводит к тяжелым психическим нарушениям. Наиболее часто встречающимися патологическими изменениями являются гемангиомы- самая распространенная сосудистая аномалия, встречающаяся у 12% детей в возрасте от 1 года до 10 лет.

Капиллярная гемангиома-(земляничная невус, ювенильная гемангиома) доброкачественная сосудистая опухоль, возникающая в результате пролиферации эндотелиальных клеток, встречается у 1-2% детей. Представляет собой узел или бляшку мягкой или плотной консистенции. Большая часть гемангиом появляется в течение 1 месяца жизни, к 12 месяцам вероятность их появления составляет 10-12%. Лечение подбирается индивидуально. Ранее широко применялись криотерапия, склеротерапия, диатермокоагуляция. Но эти методы часто осложнялись развитием остаточных рубцов и не всегда давали устойчивых результатов. В последние годы широко используется лазерная терапия как один из ведущих методов лечения капиллярных гемангиом.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ: была оценка многолетнего опыта применения Nd:Yag лазерной системы при лечении капиллярных гемангиом у детей различного возраста. Nd:Yag лазер генерирует излучение с длиной волны 1064 нм имеет значительные преимущества в лечении данной патологии. Большая длина волны способна проникать достаточно глубоко на глубину 4-6 мм и приводит к коагуляции крупных и расположенных глубоко сосудов. Основными поглощающими структурами (тканями-мишенями)

при обработке данным лазером являются все формы гемоглобина. Целью процедур является нанесение теплового повреждения кровеносным сосудам при сохранении целостности окружающих тканей. Nd:уаg лазер со сверхдлинными импульсами позволяет получить эффект коагуляции ткани -мишени (глубокий интенсивный прогрев ткани с частичной денатурацией структуры белка). В результате поглощения энергии кровь в сосудах закипает, создается термоакустическая волна, которая выталкивает близлежащую кровь, возникает зона пониженного давления, в которой стенки сосудов спадаются и в результате нагрева спаиваются.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В ходе исследования были оценены результаты лечения 125 детей с капиллярными гемангиомами в различных возрастных группах от 3-х месяцев до 3 лет. В возрасте от 3 х месяцев до 1 года было 65 детей(52%), от 1 года до 2-х лет-37(30%), от 2 до 3-х лет- 23 (18%). Перед началом терапии обязательно проводилось УЗИ для определения глубины распространения патологической васкуляризации, скоростных характеристик кровотока. Сеансы лазерного лечения проводились с интервалом в 3-4 недели с обязательным использованием охлаждающего наконечника. Количество сеансов в среднем составляло от 2-х до 4. Сеансы проводили до полного исчезновения сосудистого поражения. После проведенного лечения регресс гемангиом наступал после 2-х процедур у 68(55%), после 3-х процедур у 37(29%) и у 20(16%) после 4-х сеансов лазерного лечения.

ВЫВОДЫ: Применение Nd:уаg лазерной системы зарекомендовало себя за многие годы как эффективный и безопасный метод лечения капиллярных гемангиом. Это позволяет рекомендовать лазерный фототермолиз как основной метод для удаления данной патологии у детей и подростков.

Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Дубовик А.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

БИОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Первичный (идиопатический) пролапс митрального клапана (ПМК) занимает ведущее место в структуре сердечно-сосудистых заболеваний детского возраста. ПМК обусловлен слабостью соединительнотканых структур, миксоматозными изменениями клапанного аппарата сердца, генез которых обусловлен многими этиологическими факторами – наследственными, врожденными и приобретенными. В качестве одного из этиологических и патогенетических факторов, приводящих к пролабированию клапана, рассматривается дефицит магния, в то время как данные о содержании других макро- и микроэлементов у детей с ПМК единичны.

Цель: оценка содержания токсичных, потенциально токсичных и жизненно необходимых химических элементов (ХЭ) у детей с первичным ПМК.

Материал и методы. Основную группу составили 69 детей (37 девочек и 32 мальчика) от 13 до 18 лет с первичным ПМК, проживающих в г. Донецке. В контрольную группу вошли 57 здоровых сверстников (29 девочек и 28 мальчиков). Об уровне содержания 33 ХЭ (9 токсичных, 8 потенциально токсичных и 16 жизненно необходимых) в организме детей делали заключение по результатам исследования волос методами атомно-эмиссионной спектроскопии в индуктивно-связанной плазме и атомно-абсорбционной спектроскопии с электротермической атомизацией. Статистическую обработку осуществляли с использованием лицензионного программного пакета «MedStat».

Результаты. Полученные результаты спектрального многоэлементного анализа волос свидетельствовали об отсутствии физиологических показателей макро- и микроэлементов у обследованных с первичным ПМК. У пациентов с первичным ПМК достоверно чаще, чем у здоровых сверстников, документировано превышение допустимого содержания токсичных (37,7% и 12,3% соответственно, $p < 0,01$) и потенциально

токсичных ХЭ (30,4% и 8,8% соответственно, $p < 0,01$), дефицит эссенциальных ХЭ (78,3% и 61,4% соответственно, $p < 0,05$).

У детей с первичным ПМК статистически значимо чаще в сравнении со здоровыми сверстниками выявлены токсичные ХЭ: кадмий (23,2% и 3,5% соответственно, $p < 0,01$), барий (20,3% и 7,0% соответственно, $p < 0,05$), свинец (18,8% и 7,0% соответственно, $p < 0,05$) и алюминий (13,0% и 3,5% соответственно, $p < 0,05$), превышение допустимого содержания потенциально токсичного ХЭ стронция (26,1% и 8,8% соответственно, $p < 0,05$). Согласно данным литературы, двухвалентные катионы Pb^{2+} , Sr^{2+} , Al^{2+} вытесняют Ca^{2+} из связи с тропонином С, что приводит к преждевременной поляризации и наступлению фазы диастолы, и, как следствие, к аритмии, катионы Ba^{2+} и Cd^{2+} затрудняют выход K^{+} из цитоплазмы на наружную поверхность мембраны, могут блокировать калиевые каналы, что способствует удлинению фазы реполяризации и нарушению сердечного ритма. У пациентов с первичным ПМК статистически значимо чаще, чем у здоровых детей, констатирован дефицит эссенциальных ХЭ магния (88,4% и 28,1% соответственно, $p < 0,001$), калия (71,0% и 28,1% соответственно, $p < 0,001$), марганца (56,5% и 21,1% соответственно, $p < 0,001$), кальция (69,6% и 29,8% соответственно, $p < 0,001$), кобальта (76,8% и 24,6% соответственно, $p < 0,001$), цинка (79,7% и 21,1% соответственно, $p < 0,001$), железа (69,6% и 42,1% соответственно, $p < 0,01$), селена (55,1% и 31,6% соответственно, $p < 0,05$), хрома (49,3% и 24,6% соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. У детей с первичным ПМК достоверно чаще, чем у здоровых сверстников, документирован дисэлементоз, проявляющийся превышением допустимого содержания токсичных (37,7% и 12,3% соответственно, $p < 0,01$) и потенциально токсичных ХЭ (30,4% и 8,8% соответственно, $p < 0,01$), дефицитом эссенциальных ХЭ (78,3% и 61,4% соответственно, $p < 0,05$).

Игнатенко Г.А., Дубовик Д.С.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

СОСТОЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ КОНТРОЛЯ ГАСТРИНПРОДУЦИРУЮЩИХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Известно, что моторную функцию желудка регулируют нервные и местные нейрогуморальные механизмы, контролирующие уровень кислотности желудочного сока. Одним из гормонов, который реализует «антродуоденальный тормозной механизм» и снижает тонус пилорического сфинктера, является гастрин. Продукция гастрина находится под контролем стимулирующих (парасимпатическая нервная система, пептиды, аминокислоты, Ca^{2+} , щелочная рН в антральном отделе) и ингибирующих факторов (кальцитонин, глюкагон, соматостатин, кислая рН в антральном отделе).

Обследованы 60 пациентов (средней возраст $47,3 \pm 6,1$ лет), у которых эндоскопически диагностирован дуоденогастральный рефлюкс (по 30 пациентов с очаговым и диффузным поражением слизистой оболочки желудка); контрольная группа состояла из 10 человек, у которых не было выявлено признаков рефлюкс-гастрита. Уровень кислотности (рН) желудочного сока оценивали с использованием эндоскопической рН-метрии антрального отдела в области его малой и большой кривизны. Вагусную активность определяли путем сравнения изменения содержания белка в слюне до и после рефлекторного раздражения рецепторов языка. Лабораторными методами оценивали уровень ионизированного Ca^{2+} и кальцитонина. Методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы (R&D Systems, США) и автоматического фотометра «Multiscan» при длине волны 450 нм определяли содержание простагландина E2 (ПГЕ2) в сыворотке крови (пг/мл).

У 83,33% пациентов с очаговым поражением слизистой оболочки желудка ($n=25$) выявили повышенную активность парасимпатической иннервации желудка (рефлекторный прирост содержания белка в слюне составил $27,8 \pm 0,9\%$, $p < 0,01$). Концентрация ионизированного кальция превышала референсные значения и составила $1,66 \pm 0,20$ ммоль/л при сходном с контролем уровнем кальцитонина. Средние значения рН в антральном отделе желудка составили

$1,05 \pm 0,23$ (против $4,25 \pm 0,39$ в контроле). При эндоскопическом исследовании выявили признаки пилоростеноза. Уровень ПГЕ2 был повышен на $30,57 \pm 2,92\%$ ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой.

90% пациентов с диффузным поражением слизистой оболочки желудка ($n=27$) отличались сниженной мощностью парасимпатических влияний (рефлекторный прирост содержания белка в слюне составил $6,17 \pm 1,2\%$, $p > 0,05$). Концентрация ионизированного кальция была ниже референсных значений и составила $0,78 \pm 0,11$ ммоль/л на фоне сниженного по сравнению с контролем уровнем кальцитонина (на $31,24 \pm 1,73\%$, $p < 0,05$). Средние значения рН в антральном отделе желудка составили $7,96 \pm 0,34$. При эндоскопическом исследовании установили зияние антрального сфинктера. Продукция ПГЕ2 была снижена на $41,65 \pm 3,77\%$ ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой.

Корреляционный анализ полученных показателей позволил установить у пациентов с очаговым поражением слизистой оболочки желудка сильные отрицательные связи между уровнем ионизированного кальция, с одной стороны, значениями рН ($r = -0,681$, $p = 0,03$) и ПГЕ2 ($r = -0,722$, $p = 0,09$) – с другой, тогда как у пациентов с диффузным поражением выявили положительную связь между уровнем кальцитонина и ПГЕ2 ($r = 0,656$, $p = 0,09$), приростом белка в слюне и содержанием ионизированного кальция в крови ($r = 0,547$, $p = 0,05$).

Таким образом, проведенное исследование показало гетерогенный характер взаимоотношений между патогенетическими факторами, контролирующими гастринпродуцирующие клетки желудка, у пациентов с локальным и диффузным поражением слизистой оболочки при дуоденогастральным рефлюксом. Ведущими патогенетическими факторами при этом являются мощность парасимпатической иннервации, уровень ионизированного Ca^{2+} в крови и содержание простагландина E2.

*Игнатенко Г.А., Игнатенко Т.С., Денисова Е.М., Сергиенко Н.В.,
Дубовик А.В., Евтушенко И.С.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции медицинской отрасли в целом и медицинскому образованию в частности отводится важное место. С одной стороны, общеизвестно, что подготовить врача-специалиста заочно невозможно, с другой – остро стоит вопрос кадрового дефицита, еще более значимый для Донецкой Народной Республики в силу существенных кадровых потерь в связи с затянувшимся военным конфликтом в регионе. Очевидна необходимость подготовки врачей в условиях экстремального режима работы всей системы высшего образования, что требует поиска новых эффективных методик обучения для обеспечения высокого качества подготовки студентов.

Целью данной работы являлся анализ возможностей внедрения различных форм учебного процесса на клинической кафедре в период вынужденного введения дистанционного обучения (ДО).

Переход на дистанционную форму обучения не явился абсолютно новым для нашего ВУЗа, т.к. в 2014/15 учебном году в период активных боевых действий в Донбассе для обеспечения безопасности студентов и преподавателей и ограничения их присутствия в опасных для жизни районах города временно учебный процесс проводился в удаленном режиме. Разработанная в тот период методическая база, в том числе функционирующая информационно-образовательная среда, содержащая методические указания по подготовке к практическим занятиям, календарно-тематические планы, лекционный материал, обучающие видеоролики, позволила в короткие сроки наладить дистанционное обучение в условиях пандемии. Отличительной особенностью перехода на ДО в 2020 году явилась длительность и неопределенность временных параметров карантинных ограничений. Большая часть весеннего семестра 2019/20 учебного года и сессия проводилась в удаленном режиме. Это потребовало от студентов максимальной самоорганизованности, что ни в коей мере не противоречит формированию таких важных для врача качества как способность к

анализу информации, умение выносить обоснованные суждения с позиции логики, принимать решения и применять полученные результаты. Анализ успеваемости студентов в весеннем семестре, а также результаты экзаменационной сессии по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» позволили выявить ряд проблемных моментов в организации обучения. Основной сложностью преподавания на клинической кафедре, безусловно, явилось освоение практических навыков. Это потребовало мобилизации методических ресурсов кафедры при подготовке к летней производственной практике. В то же время, при подготовке к новому учебному семестру разрабатывались новые учебные материалы с учетом дистанционных образовательных технологий, в том числе лекции с видеофрагментами, обновлены и усовершенствованы тестовые задания к практическим занятиям, аудио- и видеопрограммы для улучшения освоения практических навыков с учетом передового опыта в мировой образовательной практике.

Важная роль в процессе обучения при очной форме отводится анализу результатов самостоятельной работы студентов, когда преподаватель, вовлекая студентов в обсуждение, акцентирует внимание на ключевых моментах темы и допущенных ошибках в процессе выполненных заданий, аргументирует выставленную оценку. На наш взгляд, данный вид работы имеет особое значение и не должен быть потерян в процессе дистанционного обучения, что диктует необходимость проведения вебинаров.

Заключение. Современные формы дистанционного обучения позволяют оптимизировать качество подготовки студентов в период действия карантинных ограничений, а также могут быть использованы для самостоятельной работы при подготовке к аудиторным занятиям при очном обучении. Богатые методические традиции университета в сочетании с инновационными подходами к обучению способны в значительной мере адаптировать медицинское образование к текущим запросам общества.

Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Ляшенко Е.Г., Денисенко А.Ф., Васякина Л.А

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР

ДИНАМИКА КУМУЛЯТИВНОГО ИНДЕКСА У БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ 6-ТИ МЕСЯЧНОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Пылевая хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из основных проблем современной пульмонологии промышленного региона Донбасса, что обусловлено как ее распространенностью, так и последствиями. Продолжается поиск оптимальных режимов терапии у такой категории больных.

Цель работы заключалась в анализе динамики кумулятивного индекса у больных пылевой ХОБЛ при 6-ти месячном периоде наблюдения.

В исследование включены 90 больных ХОБЛ пылевой этиологии 2-3 стадии. Верификация диагноза и оценка степени тяжести проводилась в соответствии с критериями GOLD. Лица, включенные в исследование, методом случайной выборки были распределены в 3 группы наблюдения, гомогенные по полу ($s^2=0,28$, $p=0,70$), возрасту ($t=0,39$, $p=0,88$), длительности и тяжести заболевания ($t=0,91$, $p=0,16$ и $s^2=0,47$, $p=0,52$ соответственно). 1-я ($n=25$) группа включала пациентов, которые кроме базисного лечения получали сеансы гипербарической оксигенации (ГБО), 2-я ($n=32$) – беклометазон дипропионат, в 3-ю ($n=33$) группу вошли пациенты, получавшие только базисную терапию, которая предусматривала использование тиотропия бромидом.

Сеансы ГБО проводились в одноместных барокамерах БЛКС-303МК. Курс включал 10 сеансов, величина избыточного давления 0,2-0,5 атм., экспозиция изопреции 30-40 мин.

Клиническая картина заболевания – наличие и выраженность кашля, мокроты, одышки, аускультативная картина в легких подсчитывалась с применением балльной системы выраженности каждого симптома, с последующим подсчетом кумулятивного индекса, представляющего сумму баллов всех клинических симптомов (одышки, кашля, наличия и количества мокроты, хрипов, ночной симптоматики).

Статистическая обработка результатов была

проведена при помощи пакета прикладных программ Statistica for Windows, Release 6.5 StatSoft, Inc. Нормальность распределения оценивали в тесте Колмогоров-Смирнова. Цифровые данные представлены как средние значения и их ошибки ($M \pm m$). Достоверность различий одноименных количественных показателей оценивалось при помощи парного t – критерия. Для оценивания различий качественных показателей использовали критерий χ^2 . Различия считались статистически значимыми при уровне достоверности $p < 0,05$.

В группе больных, леченных ГБО, отмечается значительное уменьшение респираторных симптомов (в 1,47 раза) уже к 3 месяцу лечения, увеличиваясь и достигая своего максимального значения к 6-му месяцу лечения в 3,05 раза ($s^2=5,43 \pm 0,14$ до $1,78 \pm 0,12$). Более умеренные результаты, отмечены и в группе больных, леченных беклометазон дипропионатом ($s^2=5,48 \pm 0,15$ до $2,78 \pm 0,12$). Регрессия симптомов в этой группе происходила более медленно и менее полно. Отмечены существенные различия с исходными показателями к 3-му месяцу исследования (в 1,29 раза), более значительное уменьшение респираторных симптомов получено к 6-му месяцу исследования, причем индекс кратности оставался существенно ниже, чем в 1-й группе и не превышал 1,97 по окончании исследования. В группе больных, получавших базисное лечение, не было отмечено значительных изменений к 3-му месяцу лечения и только по окончании длительного лечения индекс кратности уменьшился в 1,74 раза ($s^2=5,52 \pm 0,13$ до $3,17 \pm 0,14$).

Таким образом, ГБО как патогенетический метод лечения пылевой ХОБЛ позволяет улучшить клинические проявления бронхообструктивного синдрома, что делает его одним из компонентов длительной терапии таких больных.

Игнатенко Г.А., Ряполова Т.Л., Джоджуа А.Г., Первак М.Б., Костюкова Н.Ю., Басий Р.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Стремительное распространение в мире коронавирусной инфекции в начале 2020 года и введение режима повышенной готовности в Донецкой Народной Республике внесли существенные коррективы в налаженный процесс подготовки квалифицированных врачей и фармацевтов в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО). Для обеспечения непрерывности и высокого уровня образовательной деятельности руководство и преподаватели университета столкнулись с необходимостью наладить учебный процесс с применением дистанционных образовательных технологий с учетом особенностей высшего профессионального медицинского и фармацевтического образования.

Цель работы – представить организационно-методические аспекты образовательной деятельности в медицинском университете в период пандемии COVID-19.

Основная часть

В соответствии с приказом Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 18.03.2020 « Об организации работы учреждений сферы образования и науки Донецкой Народной Республики » с 19 марта 2020 года реализация образовательных программ в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО на всех уровнях подготовки специалистов была переведена на организацию учебного процесса с применением дистанционных образовательных технологий. Инструментом для осуществления этой деятельности стал электронный ресурс «Информационно-образовательная среда» (далее – ИОС), функционирующий в Университете с 2014 г. на платформе Moodle. К 2020 г. на ИОС преподавателями кафедр были размещены все необходимые учебно-методические материалы по всем курсам, дисциплинам (модулям) и циклам. При этом были выделены три блока: информационный (тематические планы, методические указания, литература и др.), обучающий (интерактивные материалы и презентации лекций, интерактивные материалы практических занятий, видеофильмы, алгоритмы и другие средства обучения) и контролирующий (тесты,

ситуационные задачи и другие средства для самоконтроля уровня освоения студентом темы). Основным предназначением ИОС было обеспечение самостоятельной подготовки обучающихся к аудиторным занятиям и контрольным мероприятиям - итоговым модульным контрольным, экзаменам, государственной итоговой аттестации (ГИА).

В марте 2020 г. в связи с невозможностью обучения в очном режиме возникла необходимость кардинально менять подходы к применению ИОС – из инструмента самообучения его надо было срочно трансформировать в инструмент обучения и контроля. Для этого в контролируемых блоках тем в десятки раз было увеличено количество тестовых заданий, а также, с учетом практической направленности медицинского и фармацевтического образования, добавлены иные средства контроля – ситуационные задачи, задания-модели, включающие условие (например, морфологический препарат, электрокардиограмму, рентгенограмму, сонограмму или иное лучевое изображение), вопросы к нему и шкалу оценивания.

Для обеспечения качества учебного процесса с применением ИОС были подготовлены приказы и распоряжения, касающиеся организации текущей учебной деятельности обучающихся, ведения необходимой документации, ликвидации академической задолженности, проводился постоянный мониторинг работы обучающихся и преподавателей на указанном электронном ресурсе.

С целью максимальной объективности итогового контроля освоения модулей и дисциплин были внесены изменения в расписание занятий с вынесением на конец семестра всех итоговых модульных контролей. Была создана специальная электронная платформа Modex, на которой кафедрами были размещены банки тестовых и ситуационных заданий для экзаменов и итоговых модульных контролей. Все студенты, обучающиеся по конкретной специальности (например, Лечебное дело или Стоматология), получали одновременный доступ к сдаче этих контрольных мероприятий в четко ограниченный временной интервал.

Значительные проблемы возникли при орга-

низации и проведении ГИА в условиях режима повышенной готовности. Программы и фонды оценочных средств ГИА были разработаны и утверждены еще в декабре 2019 г., но весной 2020 г. были внесены существенные коррективы в процедуру ГИА. Так, после проведения одновременно для всех выпускников по одной и той же специальности (например, Лечебное дело или Стоматология) комплексного тестового экзамена, позволяющего проверить уровень их теоретической подготовки, через несколько дней был проведен комплексный практически-ориентированный экзамен. В таком формате он был реализован впервые и дал возможность проконтролировать уровень освоения выпускниками практических умений и навыков не по отдельным дисциплинам, разделам, а в целом по специальности. Оценивание проводилось малыми группами, с максимальным соблюдением безопасной дистанции и других средств противоэпидемической защиты (маски, перчатки, санитайзеры и др.). Такой подход к ГИА в сложившихся условиях обеспечил проверку у выпускников всех компетенций, сформулированных в действующих государственных образовательных стандартах.

С 1 сентября 2020 года с целью обеспечения безопасных условий для осуществления образовательного процесса в условиях сохранения риска распространения COVID-19 было организовано очное обучение с применением дистанционных образовательных технологий. Коррекция расписания в целях максимального разобщения учебных групп позволила с начала учебного года обеспечить очный контакт студентов с преподавателями, которые имели возможность передавать и контролировать необходимые для практической деятельности врача навыки общения и работы с пациентами. В то же время были актуализированы банки тестовых заданий и дру-

гих средств контроля по всем темам в ИОС для всех курсов, дисциплин и модулей. Обучающий блок был оптимизирован за счет добавления лекций в текстовом интерактивном формате, видеофильмов с демонстрацией выполнения практических умений и навыков. Руководством университета были решены сложнейшие вопросы по материально-техническому обеспечению работы ИОС в новых условиях (приобретение мощных серверов, их обслуживание). Это позволило нам подготовленными начать обучение с применением дистанционных образовательных технологий с 28.09.2020 г. согласно приказу Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики. В настоящее время внедряется проведение практических занятий в режиме видеоконференций, совершенствуются формы контроля активности студентов и преподавателей в системе ИОС. Адаптированная к новым условиям организационно-методическая система образовательной деятельности позволяет в полной мере продолжать реализацию всех образовательных программ в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО.

Заключение

Функционирование в университете с 2014 г. электронного ресурса «Информационно-образовательная среда», реализация собственной, компетентно-ориентированной системы обучения и многолетний опыт решения проблем высшего медицинского и фармацевтического образования позволили ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в сложившейся экстремальной ситуации обеспечить качество образовательной деятельности. При этом применение дистанционных образовательных технологий мы рассматриваем как дополнение к очному обучению, так как специфика подготовки будущих врачей требует их непосредственной работы с пациентами.

Игнатенко Г.А.¹, Тарадин Г.Г.^{1,2}, Ватулин Н.Т.^{1,2}, Ракитская И.В.¹, Цыба И.Н.¹, Калуга А.А.¹, Шевелек А.Н.^{1,2}, Склянная Е.В.^{1,2}, Маловичко И.С.¹, Барабаш А.Е.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк

²ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк, Донецкая Народная Республика

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ КАРДИОЛОГОВ Г. ДОНЕЦКА О ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 2015 Г.

Актуальность: инфекционный эндокардит (ИЭ) является редким, но тяжелым заболеванием с высоким уровнем жизнеопасных осложнений и смертности. Усилия международных

научных сообществ направлены на разработку рекомендаций по адекватной антибактериальной профилактики (АБП) ИЭ. Несмотря на доступность рекомендаций Европейского обще-

ства кардиологов (ЕОК), разработанных в 2015 г. и принятых Российским кардиологическим обществом, не известно, насколько с ними ознакомлены практикующие кардиологи.

Цель: оценка осведомлённости врачей-кардиологов г. Донецка о рекомендациях ЕОК 2015г. по АБП ИЭ.

Материалы и методы: опрошено 67 кардиологов г. Донецка с помощью анкеты, содержащей вопросы, касающиеся основных сведений о врачах; общей осведомленности об ИЭ; показаний для проведения АБП; информированности о лекарственных схемах проведения АБП ИЭ. Оценка осведомленности производилась путём суммации правильных ответов и их последующего сравнения с рекомендациями Рабочей группы ЕОК 2015 г.

Результаты: Среди всех опрошенных 17 (25%) врачей не имели врачебной категории; по 8 (по 12%) человек имели вторую и первую и 34 (51%) – высшую категории. 51(76%) доктор отметили, что встречали в своей практике пациентов с ИЭ. С рекомендациями ЕОК 2015г. знакомы 20 (30%) врачей. На вопрос, какие стоматологические манипуляции относятся к категории высокого риска, 44 (66%) правильно перечислили все процедуры (в периапикальной области зубов, на ткани десен и с перфорацией слизистой рта), хотя в большинстве случаев они были указаны в разных комбинациях с другими манипуляциями. В частности, процедуры в периапикальной области отметили 49 (73%) врачей, на ткани десен – 59 (88%) и с повреждением слизистой – 54 (80%). И только 20 (30%) респондентов выбрали все эти манипуляции согласно рекомендациям. При опросе, какие заболевания сердца относятся к состояниям наивысшего риска, 36 (54%)

врачей в разных комбинациях указали все 3 категории больных – с искусственным клапаном (ИК) (или протезным материалом), перенесенным ИЭ, непрооперированными цианотичными врожденными пороками сердца (ВПС) или имеющие ВПС с паллиативными шунтами или другими протезами. Из них лишь двое (3%) выбрали только заболевания с наивысшим риском. При этом 64 (96%) кардиолога вместе с правильным ответом в отношении пациентов с ИК выбрали другие, не относящиеся к заболеваниям наивысшего риска. Перенесенный ИЭ в комбинации с другими состояниями указали 62 (93%) врача, а непрооперированный цианотичный ВПС или ВПС с шунтами или другими протезами наряду с иными заболеваниями не наивысшего риска отметили 44 (65%) кардиолога. Для АБП ИЭ 56 (83,6%) врачей назначают амоксициллин в комбинациях с другими препаратами, 3 (4,5%) доктора вообще не рекомендуют АБП ИЭ. Всего 31 (46,2%) опрошенных врачей назначают амоксициллин в качестве антибиотика первой линии в дозе 2 г внутрь за 30-60 мин до проведения стоматологической манипуляции. В целом, согласно полученным результатам исследования, только 5 (7,5%) врачей-кардиологов назначают АБП для профилактики ИЭ согласно рекомендациям ЕОК 2015 г.

Заключение: несмотря на высокую осведомленность об ИЭ и в целом хорошие знания стоматологических операций высокого риска и категорий больных наивысшего риска, которым показана АБП, большинство врачей-кардиологов плохо ознакомлены с рекомендациями, касающимися практических вопросов назначения антибиотиков (препарат, дозировка, путь введения и время приёма).

Игнатьева В.В., Романова Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИДЕНТИФИКАЦИЯ И КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АТЕНОЛОЛА

Сердечно-сосудистые заболевания на сегодняшний день являются ведущей причиной инвалидности и смертности в РФ и ДНР. По данным государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины РФ первое место среди причин смертности населения занимают именно сердечно-сосудистые заболевания, на долю которых в 2014 г пришлось 55% случаев. Одним из наиболее распространенных заболеваний данной группы является артериальная гипертензия, характеризующаяся стойким

повышением цифр АД (более 140 мм рт.ст.) и для лечения которой назначают гипотензивные препараты. Так данные лекарственные средства принимаются регулярно и постоянно в течение всей жизни пациента, поэтому особое внимание уделяется контролю качества лекарственных препаратов. Таким образом, актуальным является разработка новых методов контроля качества лекарственных препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Атенолол – препарат из группы селективных

β 1-адреноблокаторов, оказывает антиангинальное, антигипертензивное и антиаритмическое действие. Идентификацию атенолола согласно фармакопейным статьям проводят методами УФ-спектрофотометрии и тонкослойной хроматографии, количественное определения – методом ацидиметрии в неводной среде. Данные методы являются достаточно дорогостоящими и трудоемкими. Таким образом, актуальным является разработка альтернативных методик идентификации и количественного определения.

Целью работы было проведение идентификации атенолола в таблетках при помощи гидроксамовой пробы и установление количественное содержание методом фотоколориметрии, основанном на реакции образования гидроксамата железа (III).

Материалы и методы. В качестве объекта исследования были выбраны таблетки Атенолола по 25 мг (производитель: ООО «Озон» Россия). Реактивы: раствор гидроксилamina гидрохлорида, раствор кислоты хлористоводородной, раствор железа (III) хлорида, 96% раствор этанола, дистиллированная вода.

Наличие амидной группы в структуре атенолола позволяет провести реакцию образования производных гидроксамовой кислоты, с последующим образованием гидроксамата железа (III).

Определение оптической плотности атенолола методом фотоколориметрии основано на реакции образования гидроксамовых кислот, которые с солями железа (III) образуют окрашенные комплексные соединения. Оптическую плотность полученного раствора измеряли на фотоколориметре КВК-2 при длине волны 500 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм. Количественное содержание атенолола устанавливали с помощью градуировочного графика.

Результаты. При проведении гидроксамовой пробы исследуемый раствор окрасился в красно-фиолетовый цвет. Что свидетельствует об образовании гидроксамата железа (III). Содержание атенолола в таблетках составило $25 \pm 1,9$ мг. Полученные данные не выходят за рамки допустимых норм отклонений содержания действующего вещества в таблетках.

Выводы. Проведена идентификация атенолола при помощи гидроксамовой пробы, количественно определено содержание атенолола в таблетках методом фотоколориметрии. Соответствие полученных результатов количеству лекарственного вещества, заявленного производителем, позволяет рекомендовать данные методики для альтернативного предварительного качественного и количественного анализа субстанции атенолола в таблетках.

Ильина К.Д.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

К ВОПРОСУ О СООТНОШЕНИИ ПРАВА И МОРАЛИ В ЗАКОНОДАТЕЛЬНОМ ФАШИСТСКОЙ ГЕРМАНИИ ВРЕМЕН ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Гитлер направлял всю свою деятельность в узкий круг – расовую идею, возвышая германскую нацию над всеми иными. В связи с этим, был создан план, направленный на уничтожение иных рас, по его мнению «неполноценных» и «низших». Для осуществления этой идеи, фюрер использовал армию и германское право, которое он и изменил ради своих целей. Теперь право германии работало не на защиту человеческих прав и свобод, а наоборот. Какими методами Гитлер хотел достичь своих идей? Сохранились ли моральные ценности в праве при изменении законодательства?

Подготовка к реализации расовой политики началась с 1933 года. Уже в 11 апреля 1933 года был издан Закон «Об упорядочении национального состава управленческого аппарата», в котором было впервые употреблено понятие «неарийцы», что показывало людям превосходство

арийцев от остальных наций и подразумевавший изгнание евреев и недопущение их к работе (работать можно было только арийцам). 4 ноября 1933 года Закон «О редактировании газет» накладывал запрет на редактирование немецких газет евреям и лицам, состоявшим в браке с евреями. 15 сентября 1935 года приняты были Нюрнбергские расовые законы: «Закон о защите немецкой крови и немецкой чистоты» и «Закон о гражданстве рейха». Евреи уже не могли иметь гражданство, они уже были вне системы гражданского права. 550 тысяч евреев должны были нашивать желтые звезды для быстрого распознавания.

1 сентября 1939 года, Гитлер издал программу эвтаназии, которая подразумевала собой расширение полномочий узкого круга медиков, позволяющая, после тщательного осмотра людей, осуществлять неизлечимо больным и слабым

людям мгновенную и милосердную смерть. Далее началось массовое попрание прав человека: уничтожение неизлечимо больных и слабоумных людей (только в Германии было истреблено более 50 тысяч человек); насильственная стерилизация людей с наследственными заболеваниями, лишаящая права на потомство; запрет на брак для людей с психическими и наследственными заболеваниями; пресечение рождения детей с врожденной патологией и проч. Основная цель всех этих законодательных, идеологических мер – достижение того уровня рождаемости, которая бы обеспечила возможность заселения завоеванных территорий и увеличению германской нации. После этих нововведений супружеские пары, которые были здоровы и имели здоровое

потомство, получали льготы. Постепенно была создана система защиты незаконнорожденных детей. Начало войны придало этим процессам общеевропейский характер – вместе с германской армией на завоеванные земли приходили и новые законодательные правила. Германский закон, которому были чужды идеи добра и справедливости, пресекал своими действиями основные права человека, как право на жизнь, на семью, право на потомство и так далее.

Германское законодательство периода Второй мировой войны один из примеров в мировой истории юриспруденции показывающий всю тяжесть последствия закона неправового; важность решения извечной проблемы соотношения права и морали.

Ильяшенко А.А., Пылаева М.А., Палько Ю.В., Вертепная Е.Т., Бортникова А.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА

Цель исследования. Сопоставить данные результатов ретроспективного исследования осложнений острого лейкоза, обратить внимание на вариабельность клинических проявлений осложнений с целью их возможной профилактики.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 118 человек, средний возраст составил $62 \pm 1,852$ [ДИ 95%: 59-67] лет. Сравнение выборок проводилось с помощью W-критерия Вилкоксона, реализованного в пакете StatMed (Украина, 2004), сравнения считались достоверными на уровне значимости $p=0,929$.

Результаты исследования: Распределение на группы в зависимости от гендерной принадлежности составило: 72 чел. – женского пола (61,02%), 46 чел. – мужского пола (38,98%).

В зависимости от развившихся осложнений, были выделены следующие группы: 43 чел. с инфекционными заболеваниями (36,44%), 24 чел. – с сопутствующей энтеропатией (20,34%), 22 чел. – с анемическим синдромом (18,64%), 14 чел. – с геморрагическим синдромом (11,86%), 7 чел. – с пролиферативным синдромом (5,93%), 5 чел. – с нейтролейкемией (4,24%), 3 чел. – с ДВС-синдромом (2,54%). Среди пациентов с осложнениями в виде энтеропатии (20,34%) можно выделить 7 чел. с язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) (5,93%), 4 чел. с язвой желудка (3,39%), 11 чел. с хроническим гастритом (9,32%), 2 чел. с панкреатитом (1,69%).

Инфекционные осложнения, составляющие 36,44%, включали следующие заболевания: пневмония – 29 чел. (24,58%), ангина – 8 чел. (6,78%), бронхит – 6 чел. (5,08%).

Выводы. Острые лейкозы – это совокупность костномозговых и лимфоидных заболеваний, возникающих в результате формирования популяции злокачественных стволовых клеток. Однако, основной причиной заболеваемости и смертности при лейкозе являются инфекционные осложнения. Чаще всего они связаны с поражением бронхо-легочной системы. Это объясняется тем, что пациенты находятся в состоянии иммунодефицита из-за системного заболевания или химиотерапии или трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Наиболее частыми возбудителями острых легочных осложнений и ангин, по данным ретроспективного исследования, являлись грибы рода *Candida*, стрептококковая и стафилококковая инфекция, условно-патогенные микроорганизмы семейства энтеробактерий, синегнойная палочка. Легочные осложнения могут возникать и при других схемах лечения, а также при непосредственном вовлечении легких в процесс злокачественного заболевания.

Менее распространенные осложнения связаны с желудочно-кишечным трактом (энтеропатия), которые чаще всего обусловлены возрастающей сложностью схем лечения гематологических злокачественных новообразований,

которые могут включать различные препараты, находящиеся в клинических испытаниях или недавно выпущенные на рынок.

Полученные результаты позволяют обратить

внимание на необходимость своевременной диагностики и профилактики развития инфекционных осложнений, особенно со стороны бронхолегочной системы.

Исакова Л.А., Пенина Г.О.

ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района», г. Сыктывкар, ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», г. Сыктывкар,
ФГБОУ ДПО СПбИУВЭК, г. Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У РЕАБИЛИТАНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

Распространенность нутритивной недостаточности, по данным различных авторов, варьирует у пациентов с острым нарушением мозгового кровоснабжения от 6,1 до 62%.

Цель работы: анализ частоты встречаемости нутритивной недостаточности у пациентов различной степени тяжести по шкале реабилитационной маршрутизации после перенесенного инсульта, проходящих реабилитационный курс лечения.

Материалы и методы. Было обследовано 35 пациентов после перенесенного инсульта (как ишемического, так и геморрагического), прошедших курс реабилитационного лечения в неврологическом отделении ГБУЗ РК «ГБЭР» (отделение с койками стационарной реабилитации второго этапа реабилитации) за период июнь 2019г – сентябрь 2020г. Из них 24 (68,6%) мужчин и 11 (31,4%) женщин. Гендерное соотношение в изучаемой группе было 1:2,2 с численным преобладанием мужчин. Средний возраст на момент госпитализации составил $63,9 \pm 12,7$ лет. Проводилась оценка состояния пациента на момент поступления пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). Госпитализации подлежали пациенты, имевшие от 3 до 5 баллов по ШРМ. Пациенты, имевшие 3 балла по ШРМ, составили 26%; пациенты, имевшие 4 и 5 баллов по ШРМ, составили 40% и 34% соответственно. Оценка нутритивного статуса проводилась на основе клинических (индекс Кетле) и лабораторных данных. Легкая степень белково-энергетической недостаточности определялась при наличии одного или нескольких признаков: индекс Кетле 19-17,5 кг/м³, уровень общего белка в крови 65-55 г/л, альбумина крови 30-25 г/л, лимфоцитов крови 1800-1500 кл в млЗ. Средняя степень белково-энергетической недостаточ-

ности определялась при наличии одного или нескольких признаков: индекс Кетле 17,5-15,5 кг/м³, уровень общего белка в крови 55-45 г/л, альбумина крови 30-25г/л, лимфоцитов крови 1500-800 кл в млЗ. Тяжелая степень белково-энергетической недостаточности определялась при наличии одного или нескольких признаков: индекс Кетле менее 15,5 кг/м³, уровень общего белка в крови менее 45 г/л, альбумина крови менее 25 г/л, лимфоцитов крови 1800-1000 кл в млЗ.

Результаты и обсуждение. При оценке частоты встречаемости нутритивной недостаточности в зависимости от балла по шкале ШРМ, реже нутритивная недостаточность легкой степени отмечалась в группе 3 баллов по шкале ШРМ (у 22% пациентов этой группы). В группе пациентов, имеющих 4 балла по ШРМ, нутритивная недостаточность легкой степени отмечена у 43%. У пациентов этих групп умеренная и тяжелая степени нутритивной недостаточности не наблюдались. В группе пациентов, имеющих 5 баллов по шкале ШРМ, нутритивная недостаточность наблюдалась в 92% случаев (из них: у 82% отмечена легкая степень, у 9% – умеренная степень и у 9% тяжелая степень нутритивной недостаточности).

Оценка и коррекция нутритивного статуса является важной составляющей реабилитационного лечения у пациентов после перенесенного инсульта в связи с большой распространенностью белково-энергетической недостаточности у этой категории больных. Нутритивная недостаточность наблюдается у пациентов всех групп по ШРМ, находящихся на втором этапе реабилитации, однако наиболее часто она встречается у пациентов, имеющих 5 баллов по шкале ШРМ.

*Ищук И.П., Байбуз Б.В., Савченко А.Э.
Научный руководитель- проф. Седаков И. Е.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ И ВНУТРИВЕННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Цель. Изучить эффективность внутриартериальной (в/а) и внутривенной (в/в) химиотерапии (ХТ) при метастазах колоректального рака в печень.

Материал и методы. Было отобрано 12 публикаций за период с 2000г., которые имели проспективный дизайн исследования. Авторы применяли при системной ХТ(СХТ) периферический и центральный венозный доступ. Регионарное введение химиопрепарата (РХТ) проводилось путем катетеризации собственной печеночной артерии (ПА). Критерии отбора включали пациентов старше 18 лет, гистологически задокументированную карциному ободочной или прямой кишки с метастатическим поражением печени менее 75%, адекватную гематологическую, печеночную и почечную функцию, отсутствие предшествующей или чтобы предыдущая ХТ с лучевой были завершены за 3 месяцев до включения. Критериями оценки эффективности служили: медиана выживаемости, частота ответов опухоли, прогрессирование заболевания и токсичность ХТ. Пациенты, которые были разделены для получения 5-FU/LV(FU) посредством в/а или в/в инфузии, получали непрерывную инфузию 5-FU 1000 мг/м²/день и 15-минутную LV 200 мг/м²/сут в течение 5 дней каждые 28 дней. СХТ по схеме FOLFIRI (FI) состояла из в/в введения иринотекана 180 мг/м² в день 1 с фолиевой кислотой 100 мг/м² в виде 2-часовой инфузии с последующим болюсным введением 5-FU 400 мг/м² и 5-FU 600 мг/м² в виде 22-часовой инфузии в 1-й и 2-й дни каждые 2 недели 8 раз (4 месяца лечения). РХТ FOLFOX (FX) проводилась через в/а катетер оксалиплатином 85 мг/м² за 4ч. и 5-FU 2000 мг/м² через 44 часа. 5-FU /LV, вводимый посредством инфузии в ПА, получали непрерывную инфузию 5-FU 1000 мг/м²/день и 15-минутную LV 200 мг/м²/сут в течение 5 дней каждые 28 дней.

Результаты. В группе в/а инфузии FU медиана выживаемости -18,7мес., среднее время прогрессирования заболевания -9,2мес., в течение первых 6мес. лечения у 12,5% стабилизация болезни, ответ на лечение в течение 6мес. у 45%, отдаленное метастазирование в течение 6мес. от

начала терапии у 12,5%. Из осложнений встречались стоматит-64,6%, из них тяжелый (3-4 степень) у 11,1%, тошнота и рвота в 53,2%. В группе СХТ FU медиана выживаемости -17,6мес., ответ в течение 6мес. после начала лечения у 19,7%. В течение первых 6мес. лечения 12,5% пациентов стабилизация болезни. Среднее время прогрессирования заболевания -6,6мес. Отдаленное метастазирование в течение 6мес. от начала терапии у 18,3%. Токсические проявления в виде стоматита в 75%, из них тяжелый - 11,5%, тошнота и рвота наблюдались в 37%. В целом, токсичность 3-4 степени наблюдалась в 66,2% случаях. В группе FX медиана выживаемости -15,4мес., общая частота ответа -29,2%, медиана выживаемости без прогрессирования заболевания -6,6мес. Во время терапии наблюдалось временное повышение сывороточных ферментов печени в 79%, гематологические осложнения: лейкопения 50% (из них 4% тяжелой степени); анемия легкой и средней степени -46%, тромбоцитопения -54% (из них 12% тяжелой степени). Кроме того наблюдались лихорадка, астения, тошнота, рвота и невропатия. В группе FI медиана выживаемости -15мес., средняя выживаемость без прогрессирования заболевания -4мес., общая частота ответа -20%, стабилизация болезни у 34,3% пациентов; прогрессирование заболевания у 45,7%. К концу исследования у всех пациентов наблюдалось внепеченочное прогрессирование. Нейтропения ≥ 3 степени встречалась у 44%, диарея -18%, мукозит -20%.

Выводы. В результате сравнения вышеуказанных групп: медианы выживаемости, частоты ответов опухоли и среднему времени до прогрессирования заболевания, можно предположить преимущество использования регионарной терапии 5-FU/LV. во всех группах были отмечены токсические проявления в виде, рвоты, диареи. Стоматит выражен как при СХТ, так и при РХТ FU, неврологическая токсичность и повышение сывороточных ферментов печени - при ХТ FX, гематологические осложнения ≥ 3 степени - ХТ FI. Но для однозначных ответов необходимо проведение дальнейших исследований.

Кабанько Т.П.¹, Мельников А.Ю.², Смирнова Н.Н.¹, Давыдова Т.О.¹

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Республиканском центре экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (РЦЭМПМК), Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Актуальность темы: Транспортировка больных, находящихся в критическом состоянии, всегда является проблемой. На сегодняшний день эту проблему в основном решают врачи анестезиологи-реаниматологи, обеспечивающие безопасность больного на этапах транспортировки.

Цель нашего исследования – создать комплекс мероприятий, обеспечивающих безопасность пациенток на этапах транспортировки.

Материалы и методы: Проанализировано несколько тысяч случаев транспортировки беременных и рожениц, находящихся в критическом состоянии по материалам работы выездной бригады экстренной помощи беременным, роженицам и родильницам.

Результаты: Транспортировка тяжелых больных на большие расстояния – задача сложная, требующая строгого методического подхода, соответствующего оснащения и опыта медицинского персонала.

На сегодняшний день 65-70% пациенток, консультированных специализированными выездными бригадами, переводятся в перинатальные центры II и III уровня оказания медицинской помощи.

Разработан комплекс безопасной транспортировки беременных, рожениц и родильниц в специализированные лечебные учреждения позволяющие обеспечить безопасность матери и плода. Первостепенно необходима квалифицированная оценка состояния пациентки, где главными критериями являются уровень сознания, показатели гемодинамики, дыхания и лабораторных показателей. На основании полученных данных, должна быть определена степень риска предстоящей транспортировки. Обязательной должна быть оценка состояния аппаратуры в

машине неотложной помощи. Перед транспортированием больной, необходимо проверить не только оснащение, которое будет использоваться или может понадобится в пути, но и убедиться в его исправности. Обязательной считаем проведение «пробы с переключением» и оценки состояния пациентки после подключения к аппаратуре. На этапе транспортировки проводится интенсивная терапия по правилу «трех катетеров»: обеспечение проходимости дыхательных путей и поддержание газообмена, внутривенная инфузионная терапия, почасовое наблюдение за диурезом. При необходимости на этапе транспортировки выполняется ЭКГ исследование, пульсоксиметрия, и постоянное наблюдение за показателями гемодинамики.

Вопрос перевода до начала транспортировки должен быть согласован с заведующим отделением или администрацией принимающего учреждения здравоохранения.

Немаловажной является полноценность медицинской документации, доставленной с больной. Если есть условия, то нужно иметь ксерокопию всей истории болезни, включая все анализы и листы назначения, а также данные дополнительных инструментальных исследований (Р-исследования, ЭКГ и т.д.). Выписки из истории болезни, как правило, не дают полного представления о динамике развития патологического процесса и некоторых особенностях его течения, важных для преемственного ведения больной.

Выводы: Разработанный нами комплекс методов и средств, обеспечивающих безопасность транспортировки пациенток с акушерской патологией в специализированные отделения, позволил, снизить процент осложнений и не допустить смертельных исходов на этапах транспортировки.

Каладзе Н.Н., Ющенко А.Ю.

ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В. И. ВЕРНАДСКОГО», МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С. И. ГЕОРГИЕВСКОГО, СИМФЕРОПОЛЬ

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Физическое развитие (ФР) – важнейший показатель здоровья детей и подростков. Уровень ФР определяет пределы адаптивных возможностей, существенно влияя на все функции организма.

Целью исследования было оценить ФР у детей, оперированных по поводу дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП) в зависимости от срока послеоперационного периода.

Материал и методы. Было обследовано 104 ребенка в возрасте 3-18 лет, из них 74 – оперированных по поводу ДМЖП (медиана возраста составила 9 (6; 13) лет), 30 человек без сердечно-сосудистой патологии (средний возраст - 10,67±3,5 лет). Оперированные дети были разделены на 2 группы в зависимости от срока послеоперационного периода: 1 группу составили 38 человек со сроком послеоперационного периода до 6 лет включительно, 2 группу – 36 детей со сроком послеоперационного анамнеза более 6 лет (все группы сопоставимы по возрасту и полу, $p > 0,05$). Всем детям проводилась оценка физического развития, индекса массы тела (ИМТ) и гармоничности физического развития с использованием непараметрического метода (центильный метод).

Результаты. В 1 группе нарушение физического развития имели 20 (52,6%) детей, во 2 группе – 15 (47,2%), в КГ – 7 (23,3%) человек ($p_{1-2}=0,357$, $p_{1-КГ}=0,004$, $p_{2-КГ}=0,081$). При этом 14 (36,9%) детей 1 группы и 12 (23,4%) че-

ловек 2 группы имели рост выше средних значений («выше среднего», «высокий» и «очень высокий»). Нарушение ИМТ в 1 группе наблюдалось у 26 (68,4%), во 2 группе – у 18 (50%), в КГ – у 8 (26,7%) детей ($p_{1-2}=0,001$, $p_{1-КГ}=0,003$, $p_{2-КГ}=0,438$). Большинство пациентов 1 группы – 22 (58%) имели ИМТ ниже средних значений (8-«очень низкий», 9-«низкий» и 5-«ниже среднего»), а у 14 (39,9%) детей 2 группы ИМТ был выше средних значений (по 5 человек-«выше среднего» и «высокий», 4-«очень высокий»). При оценке гармоничности ФР было выявлено дисгармоничное ФР у 11 (18,9%) детей 1 группы (за счет недостатка массы тела) и 15 (41,7%) детей 2 группы (у 14 из них за счет избытка массы тела) ($p_{1-2} < 0,001$). 3 (10%) детей КГ имели дисгармоничное ФР (за счет избытка массы тела) ($p_{1-КГ}=0,010$, $p_{2-КГ}=0,039$).

Выводы: Нарушение показателей ФР характерно для детей на «ранних» сроках послеоперационного периода (до 6 лет), преимущественно за счет повышенных ростовых показателей и сниженного ИМТ. Дисгармоничность физического развития характерна для детей на разных сроках послеоперационного периода, но у пациентов с «ранним» сроком за счет недостатка массы тела, а у детей с «поздним» (более 6 лет) сроком – за счет избытка массы тела. Эти данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода в реабилитации данного контингента детей.

Калачёв М.В., Скорик П.О

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» г. Донецк

ВЫБОР СПОСОБА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКРАДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение: Медикаментозная терапия у больных ИБС и СД широко сочетается с хирургическими методами ее лечения- аортокоронарным шунтированием, эндоваскулярными методами(атерэктомия, чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика, стентирование)

Цель исследования: Правильный выбор меж-

ду ЧТКА-ангиопластикой и коронарным шунтированием у больных с ИБС и СД и изучение отдаленных результатов операций.

Материалы и методы: В 2005 г. были опубликованы данные рандомизированного исследования BARI, в котором сопоставлялись результаты КШ и ЧТКА при обширном поражении коронарных сосудов. Исследование проводилось на базе

19 медицинских центров США и Канады. В него было включено 1838 пациентов. Первая группа составила больных, перенесших инвазивное лечение с имплантацией стентов – 850 пациентов. Вторая группа – исходы открытых операций коронарного шунтирования, 988 пациент соответственно.

Результаты исследования: Данные, полученные в результате 5-летнего наблюдения, показали, что у больных СД, 5-летняя смертность была в 2 раза ниже после операции КШ, чем после ЧТКА – 20 и 36% соответственно. Было выявлено, что частота смерти у больных СД, получающих гипогликемическую терапию, значительно выше после проведения ЧТКА, чем после КШ, и составляет 20 и 7% соответственно.

У больных ИБС с коронарным поражением и сахарным диабетом имплантация стандартных металлических стентов приводит к росту госпитальных осложнений до 7,4%.

Рестеноз и повторная реваскуляризация наблюдается в 24,2% случаев на протяжении 6 мес. от установки стента.

У больных, перенесших КШ на работающем сердце, в ближайшем послеоперационном периоде значительно реже возникали инсульт, почечная недостаточность. Также пациентам этой группы потребовался меньший объем перелитой крови и срок их пребывания в стационаре был короче. При многососудистом поражении коронарное шунтирование обладает относительно невысокой госпитальной летальностью – 2,8%.

Выводы: Открытая коронарная реваскуляризация (операция коронарного шунтирования) при СД является наиболее эффективным и безопасным методом. Операция КШ на работающем сердце при СД значительно уменьшала количество послеоперационных осложнений и сокращала сроки пребывания в стационаре.

Калинкин В.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ПРОЕКТУ УНИВЕРСАЛЬНОГО МНОГОЯЗЫЧНОГО УЧЕБНОГО СЛОВАРЯ-СПРАВОЧНИКА НОВОГО ТИПА ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ (ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ И МОДЕЛЬ СЛОВАРНОЙ СТАТЬИ)

Проблема проектирования и составления учебных словарей, в том числе для студентов-медиков, практически не исчезает с поля обсуждений многие десятилетия. Поэтому новой её не назовёшь. Более того, в истории терминографии она рассматривается, начиная не только с первых опытов ещё рукописных лечебников XV-XVI вв., берущих начало от западноевропейских источников, а от их древних корней – разного рода, например, гигиенических советов в Изборнике Святослава 1076 г. И т.д. Однако предлагаемый подход претендует именно на новизну. Поэтому в докладе речь идет о сути этой новизны, теоретических основаниях её обеспечения и о базовой модели словарной статьи учебного словаря-справочника для студентов-медиков. Оставив за пределами обсуждения вопросы отбора и минимизации материала, его специализации, способы представления словника (алфавитный, гнездовой или смешанный) тоже, кстати, важные для учебной лексикографии, перейдём к собственно типологии.

В жанровом отношении учебные словари-справочники традиционно и чаще всего сближаются с так называемыми толковыми словарями, хотя и отличаются от них. Отсюда первый тип

– толковый словарь. Каждое заголовочное слово в нём сопровождается дефиницией, если это термин, или толкованием нетерминологической лексики. Если словарь создаётся для работы с иностранной литературой, то он является переводным и в нём, как правило, решается вопрос соответствия семантики слов, сопоставленных в статье. Само собой разумеется, что единицы любого словаря представлены в соответствии с правилами письма. Однако, поскольку в русском языке, кроме начальной формы, значительная часть слов обладает довольно сложной парадигмой словоизменения, для её фиксации создаются орфографические словари. Русский язык имеет подвижную систему ударений. Её представляют словари орфоэпические. Сложности образования слов и их форм описывают словообразовательные словари. То, что и этого мало для полноценного описания слов, хорошо понимали ещё «на заре» словарного дела и составители русских учебников, поэтому они вставляли в словари так называемые «речения» – правила сочетаемости.

Все возможности разных словарей объединены в модели универсальной словарной статьи для учебного словаря-справочника. В нашей Ла-

боратории разработана универсальная многоязычная модель, включающая другие (немецкий, французский, испанский и арабский) языки, что открывает возможности для использования словаря иностранными студентами.

В настоящее время Словарь-справочник формируется в электронном формате.

ОБРАЗЕЦ СЛОВАРНОЙ СТАТЬИ

БОЛЕЗНЬ, -и, ж., DISEASE, n. = недуг, illness; ¹ здоровье, heals • Нарушение правильной деятельности организма. Состояние больного человека. • Violation of correct activity of an organism. A condition of the patient. à Тяжелая ~ – heavy ~; хроническая ~ – chronic ~; острая ~ – acute ~; детская ~ – childhood ~; венерическая ~ – sexually transmitted ~; женская ~ – female ~; нервная ~ –

nervous ~; психическая ~ – mental ~; заразная, инфекционная ~ – infectious [infective] ~; наследственная ~ – genetically determined ~; тропическая ~ – tropical ~; Ñ Болезнь кого: (О том, кто болеет) ~ отца, дочери, мужа, бабушки; Болезнь чего: (Об органе или части тела) ~ сердца, желудка, нервной системы. Æ Лекарство от болезни – medicine from disease; причина, симптомы, признаки, диагноз... болезни – reason, symptoms, indications, diagnosis ... of disease; справка о болезни – medical certificate; осложнение после болезни – complication after disease; Р от БОЛЬ (см.). БОЛЕЗНЬ – болезн-енн-[ый] – 1. (нездоровый) delicate, 2. (причиняющий боль) painful; болезн-енн-(о),

Калинкин О.Г., Лобанов Г.В., Гридасова Е.И., Калинкин А.О., Василенко В.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»,
Республиканский травматологический центр, ДНР

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

В структуре травматизма последних десятилетий существенно увеличилась число тяжелых множественных и сочетанных травм, лечение которых требует огромных финансовых затрат, а летальность от них достигает 30-80%. Накопленный нашими сотрудниками опыт лечения этой категории пострадавших и имеющиеся литературные данные свидетельствуют о том, что основной причиной летальных исходов является не травматический шок, а полиорганная недостаточность (ПОН). Эти проявления обусловлены нарушениями в балансе про- и противовоспалительных компонентов иммунной системы, именуемыми в литературе иммунным дистресс-синдромом. При этом ранние проявления ПОН связывают с феноменом ишемия-реперфузия, вызванным перфузионным дефицитом и аларминами клеток поврежденных травмой тканей, поздние – с вторичными факторами, в том числе с проводимой агрессивной интенсивной терапией, которая является неизбежной ятрогенией, искажающей течение саногенетического процесса.

Принимая во внимание, что характер реакции иммунной системы на политравму определяется не только характером и тяжестью полученных повреждений, но и адекватностью проводимого лечения, мы внесли в программу лечения острого периода изменения, направленные на предупреждение ятрогенных ошибок, усиливающих инициацию иммунного дистресс-синдрома. Данная концепция послужила основанием к пересмотру

программы лечения острого и раннего периодов травматической болезни и предусматривала: восстановление нормоволемии и поддержание гемодинамики на уровне «допустимой гипотензии» – АД (90 мм рт. ст.) под контролем минутного диуреза; «стратегия ограничения трансфузии» – восполнение количества циркулирующих эритроцитов до уровня, обеспечивающего минимально достаточные доставку и потребление кислорода к тканям (эр. – 2,8 т/л, Нв – 90 г/л) под контролем лактата;

оперативная стабилизация переломов в остром периоде травмы в объеме,

регламентированном характером повреждения и тяжестью состояния пострадавшего с

доведением до полной схемы остеосинтеза в позднем периоде травмы;

лечение эндотоксического синдрома, обусловленного резорбцией продуктов

лизиса массивных гематом путем применения полифункциональной инфузионно-трансфузионной терапии и современных средств детоксикации;

«хирургический покой» в лечении поврежденных ОДС. В разгар ССВО (3-7сутки) операции на костях не проводили во избежание развития феномена «второго удара»;

снижение энергетических потребностей организма путем адекватного мультимодального обезболивания и охранительного торможения головного мозга и ранняя энтеральная питательная поддержка; дезэскалационный принцип про-

филактики инфекционных осложнений; ранняя мобилизация больного.

Эффективность представленной выше концепции проанализирована на результатах лечения 1075 пострадавших с политравмой находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии РТЦ (ОКТБ Донецка) за период с 2005 года по 2014 год. Умерло 118 пострадавших. Общая летальность составила 10.9%. Наибольшая летальность (24,8%) отмечена в группе пострадавших с повреждениями ОДС и органов двух полостей (из 105 человек умерли -26 , наи-

меньшая (3,9%) в группе пострадавших с множественными переломами ОДС (из 257 человек умерли -10).

Вышеизложенная концепция призывает рассматривать травматический шок, кровопотерю, посттравматический токсикоз, тромбгеморрагические нарушения, посттравматическую жировую эмболию, СПОН, сепсис не как осложнения политравмы, а как патогенетические связанные звенья единого процесса - травматической болезни.

Калиновская Я.Д., Антипов Н.В., Калиновский Д.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Цель: проанализировать особенности пластического закрытия дефектов при хирургическом лечении базалиом челюстно-лицевой области (ЧЛО) с учетом локализации и размеров первичного очага.

Материалы и методы: 58 историй болезни пациентов с базалиомами ЧЛО, находившихся под нашим наблюдением в течение 2014-2020 гг.

Результаты: Чаще других встречались язвенная, нодулярная, и поверхностная формы с преобладанием локализации на коже различных анатомических отделов носа (33%) и в подглазничной области (28%). У 38% пациентов размеры первичного очага составляли до 1,0 см, у 36% – от 1 до 2 см, у 21% – от 2 до 4 см, у 5% – более 4 см.

Около 33% пациентов в течение длительного периода времени занимались самолечением и не обращались за медицинской помощью, что, в итоге, отрицательно сказывалось на течении патологического процесса и требовало расширения объема хирургического вмешательства с использованием различных вариантов пластического закрытия.

Хирургическое лечение в объеме иссечения патологического очага в пределах здоровых тканей проведено у всех 58 пациентов. Для закрытия образовавшегося дефекта использовались следующие виды пластики: лоскутом на питающей (сосудистой) ножке – 41%, путем мобилизации краев раны и ушивания «на себя» – 33%, скользящим лоскутом – 21%, свободным кожным лоскутом – 5%. Причем, при размерах первичного очага до 1 см в 76% случаев использовалась обычная мобилизация тканей и ушивание «на себя», а при больших размерах – лоскут на питающей (сосудистой) ножке (58%) и скользя-

щий лоскут (36%), с преобладанием лоскутов с носо-щечной складки и парамедиальных лоскутов со лба

Использование различных вариантов местнопластических операций и свободной пересадки кожи позволило иссекать опухоль не только в пределах видимо здоровых тканей, но и при необходимости (рецидивы, инфильтративная форма, запущенное течение) увеличивать объем иссекаемых тканей с одномоментным закрытием дефекта, что позволяло достичь хороших анатомических, функциональных и косметических результатов.

По результатам динамического наблюдения в сроки до 4-х лет выздоровление констатировано у 56 (97%) пациентов. В 2-х случаях наблюдалась пролонгация заболевания, обусловленная в большей степени агрессивным течением инфильтративной формы базалиомы.

Выводы:

1) Хирургический метод остается наиболее прогнозируемым в лечении базалиом челюстно-лицевой области.

2) Для закрытия образовавшихся дефектов при хирургическом лечении базалиом ЧЛО размерами до 1 см чаще всего используется обычная мобилизация тканей и ушивание «на себя», а при размерах первичного очага более 1 см – различные варианты лоскутов на питающей ножке или скользящие лоскуты.

3) Использование первичной (одномоментно) пластики дефектов при хирургическом лечении базалиом ЧЛО позволяет достичь хороших анатомических, функциональных и косметических результатов даже при обширных очагах поражения, запущенных формах и рецидивирующем течении.

Калиновская Я.Д., Антипов Н.В., Калиновский Д.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»,
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Цель исследования: Определение тактики лечения при минно-взрывных (МВТ) и огнестрельных травмах (ОТ) челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 118 историй болезни (ИБ) пострадавших, находившихся на лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) ЦГКБ №1 г. Донецка с МВТ и ОТ ЧЛО за период 2014-2019 гг.

Результаты исследований. Из всего количества пострадавших МВТ наблюдались у 92 (78%), ОТ – у 26 (22%). Локализация повреждений мягких тканей ЧЛО была следующей: лобная область и волосистая часть головы – 17 (14,4%); скуло-орбитальный комплекс, подглазничная область, нос, верхнее и нижнее веко – 29 (24,6%); щека, околоушно-жевательная, подчелюстная область – 54 (45,8%); верхняя губа, нижняя губа, подбородочная, подподбородочная область – 12 (10,7%); зачелюстная, затылочная область, собственно ушная раковина – 4 (3,4%); мягкие ткани другой локализаций – 2 (1,7%). Повреждения одной из костей лицевого черепа отмечены у 52 (44,2%) пострадавших, сочетанные повреждения (включая две и более костей лицевого черепа) – у 61 (51,6%), перелом других костей – у 5 (4,2%). Первая помощь была оказана всем пострадавшим на месте. После доставки пострадавших в клинику ЧЛХ им была оказана первая врачебная (по показаниям), специализированная и высококвалифицированная помощь. В частности: ПХО ран с наложением швов проведено у 68 (57,6%) пострадавших; ревизия ран с удалением свободно лежащих осколков и инородных тел – у 17 (14,4%); двучелюстное периодонтальное шинирование с межчелюстным вытяжением – у 33 (27,9%), остеосинтез костей лицевого скелета – у 14 (11,9%), реконструктивно-восстановительное лечение – у 12 (10,2%).

На основании информации, полученной в ходе лечения и реабилитации 118 пострадавших с МВТ и ОТ ЧЛО и анализе данных историй болезни, нами предложена тактика лечения, которая включает следующие этапы: 1) предварительный осмотр и оценка состояния пациента, сбор анамнеза у пострадавшего и (или) сопровождающих лиц; 2) устранение факторов травматизации, несовместимых с жизнью (остановка кровотечения, восстановление проходимости верхних дыхательных путей, по показаниям – наложение трахеостомы и пр.); 3) антисептическая обработка и обезболивание пораженных участков мягких тканей и костей; 4) осмотр пациента на наличие дополнительных повреждений; 5) постановка предварительного диагноза; 6) проведение дополнительных методов обследования для уточнения объема и локализации повреждений; 7) проведение консультаций смежных специалистов; 8) выставление клинического диагноза; 9) оказание максимально возможной лечебной помощи в условиях ургентной службы ЧЛХ – ПХО ран, удаление свободнолежащих осколков (первичных и вторичных), иммобилизация костных отломков и пр.; 10) определение дальнейшей тактики ведения пациента: лечение в челюстно-лицевом стационаре или перевод в другие отделения с учетом локализации повреждений и степени их тяжести.

Вывод: На основании литературных данных и анализа историй болезни 118 пострадавших составлены рекомендации по неотложной помощи и дальнейшей врачебной тактике при лечении МВТ и ОТ челюстно-лицевой области, которые направлены на улучшение анатомических и функциональных результатов, снижение риска развития осложнений, сокращение сроков лечения и реабилитации.

Калиновский Д.К., Каминский А.Г., Островский Г.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ПРИМЕНЕНИЕ СПП «KORONIDA» ДЛЯ РАБОТЫ С БАЗАМИ ДАННЫХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Цель исследования: проанализировать возможности использования системного программного продукта (СПП) «KORONIDA» для работы с базами данных (БД) и последующего клинико-статистического анализа травматических повреждений челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Материалы и методы: Создание медицинских БД, описание ее структуры и накопление данных – основные принципы работы разработанного нами СПП «KORONIDA». Ключевым моментом, отличающим СПП «KORONIDA» от большинства решений в области создания и ведения БД, является гибкая настройка структуры хранимой информации. В СПП «KORONIDA» реализована идея отказа от «жестко» спроектированных баз данных, изменение структуры которых требует вмешательства разработчиков программного продукта. Используя инструментарий СПП «KORONIDA», конечный пользователь самостоятельно может модифицировать структуру и представление информации в БД.

СПП «KORONIDA» является конструктором, с помощью которого пользователь может гибко настроить формат хранения необходимых данных. Данные в системе представлены в виде цепочки документов, отражающих все этапы лечения. Все типы документов создаются и настраиваются пользователем. Система предусмотрена для работы как одного пользователя с локального компьютера, так и для одновременной работы множества пользователей в локальной сети. Базовая функциональность системы не имеет ограничений на профиль врача.

Конфигурация системы представляет собой конструктор, с помощью которого пользователь настраивает представление данных в системе. Администрирование системы подразумевает ряд действий по безопасности и обеспечению

корректной работы системы в целом. После конфигурации системы пользователи начинают непосредственную работу с данными, т.е. ведение информации в соответствии с правилами и логикой медицинского учреждения, отраженными в конфигурации.

Результаты исследований: С 2006г. мы активно используем СПП «KORONIDA» для создания и ведения БД с различными патологиями ЧЛО. В течение 2017-2020гг. СПП «KORONIDA» использовалась для создания БД травматических повреждений ЧЛО. Указанная БД была создана в результате анализа и обработки 832 историй болезни пострадавших, в том числе 118 – с минно-взрывными травмами и огнестрельными ранениями.

Параллельно с созданием БД для статистического анализа СПП «KORONIDA» также использовалась в практическом здравоохранении для ведения и оформления историй болезни, что значительно упростило работу с медицинской документацией. За период 2006-2020гг. в общей сложности обработано более 2500 историй болезни пациентов с различной патологией ЧЛО.

Полученная в ходе работы с БД СПП «KORONIDA» информация позволила проанализировать особенности течения и лечения травм ЧЛО в зависимости от разных параметров и на основе этого составить рекомендации по неотложной помощи и тактике комплексного лечения пострадавших.

Выводы: Проведенная работа показала возможность эффективного использования СПП «KORONIDA» для создания и ведения БД в челюстно-лицевой травматологии с последующим клинико-статистическим анализом полученных данных

Капранов С.В., Евтушенко Е.И., Проскураков В.Д.

ГС» Алчевская городская СЭС» МЗ ЛНР,
Городская психиатрическая больница № 1 Донецка МЗ ЛНР,

ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Одним из основных демографических показателей, характеризующих популяционное здо-

ровье населения, является смертность, которая складывается из множества единичных смертей,

наступающих в различных возрастных группах.

В отделе медицинской статистики ГУ «Алчевская центральная городская многопрофильная больница» МЗ ЛНР выполнена выкопировка из медицинской документации и ввод в персональный компьютер (ПК) следующих сведений о всех умерших жителей города Алчевска за 2017 год: возраст, пол, адрес проживания, дата смерти, основное заболевание, повлекшее уход из жизни, и непосредственная причина смерти. Выполнено распределение основных заболеваний, явившихся причиной смерти, по классам заболеваний согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Всего были проанализированы причины смерти 1497 человек.

Установлено, что среди основных заболеваний, явившихся причиной смерти всего населения, 1-е ранговое место занимают болезни системы кровообращения (IX класс) – $63,86 \pm 1,24\%$, 2-е место новообразования (II класс) – $14,76 \pm 0,92\%$, 3-е – болезни органов пищеварения (XI класс) – $8,75 \pm 0,73\%$, 4-е – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причины (XIX класс) – $5,81 \pm 0,60\%$. На 5-м месте находятся случаи летального исхода не установленной причины – $2,14 \pm 0,37\%$.

В результате анализа структуры причин смертности населения установлено, что мужчины чаще женщин умирают по причинам: инфекционных и паразитарных болезней (I класс) – $3,34 \pm 0,67\%$ по сравнению с $0,39 \pm 0,22\%$, различие в 8,6 раза ($p < 0,001$); новообразований (II класс) – $17,27 \pm 1,41\%$ по сравнению с $12,45 \pm 1,18\%$, в 1,4 раза ($p < 0,01$); болезней органов дыхания (X класс) – $1,81 \pm 0,50\%$ по сравнению с $0,51 \pm 0,26\%$, в 3,5 раза ($p < 0,05$); травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин – $9,61 \pm 1,10\%$ по сравнению с $2,31 \pm 0,54\%$,

в 4,2 раза ($p < 0,001$). По не установленной причине умерли $2,92 \pm 0,63\%$ мужчин и $1,41 \pm 0,42\%$ женщин, в 2,1 раза ($p < 0,05$). В то же время, женщины по сравнению с мужчинам достоверно чаще умирают по причине болезней системы кровообращения – $73,56 \pm 1,58\%$ по сравнению с $53,34 \pm 1,86\%$, в 1,4 раза ($p < 0,001$).

Основную роль болезней I, II, X и XIX классов, а также не установленных обстоятельств, послуживших причинами смерти мужчин, по сравнению с женщинами, можно объяснить более характерными для мужского населения факторами: профессиональной деятельностью (работа на производстве и в других местах, связанная с вредными условиями труда); нездоровым образом жизни определенных категорий мужчин (злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков); повышенным уровнем травматизма в результате участия в конфликтных ситуациях мирного и военного времени.

При анализе непосредственных причин летального исхода установлено, что мужчины чаще женщин умирают по причинам нарушения функции: легких – $9,05 \pm 1,07\%$ по сравнению с $5,78 \pm 0,84\%$, различие в 1,6 раза ($p < 0,02$), печени – $6,41 \pm 0,91\%$ по сравнению с $3,08 \pm 0,62\%$, в 2,1 раза ($p < 0,01$); раковой интоксикации – $15,32 \pm 1,34\%$ по сравнению с $10,91 \pm 1,12\%$, в 1,4 раза ($p < 0,01$); пищевых отравлений (алкоголем и др.) – $2,37 \pm 0,57\%$ по сравнению с $0,64 \pm 0,29\%$, в 3,7 раза ($p < 0,01$); шока – $1,11 \pm 0,39\%$ по сравнению с $0,26 \pm 0,18\%$, в 4,3 раза ($p < 0,05$), а также прочих причин (включая огнестрельные ранения) – $6,96 \pm 0,95\%$ по сравнению с $1,93 \pm 0,49\%$, различие в 3,6 раза ($p < 0,001$).

Следовательно, мужчины чаще умирают от внешних причин (травм, отравлений), что необходимо учитывать в деятельности по снижению смертности населения.

Капранов С.В., Капранова Г.В.

ГС «Алчевская городская СЭС» МЗ ЛНР,
ГУ ЛНР «Алчевский информационно-методический центр»

К ВОПРОСУ ВНЕДРЕНИЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОСНОВАННОЙ НА ТЕОРИИ «ТРЕХ ЗВЕНЬЕВ»

В настоящее время ситуация, связанная с распространением коронавирусной инфекции COVID-19, является чрезвычайной. Население не имеет иммунитета к инфекции, вызванной новым коронавирусом COVID-19, поэтому восприимчивость к нему – всеобщая. Источниками инфекции для здоровых людей являются лица,

содержащие в организме COVID-19 (больные явными и скрытыми формами заболевания) и выделяющие его в окружающую среду. У части населения заболевание, вызванное этим вирусом, протекает тяжело с развитием пневмонии, нередко с летальным исходом. Поэтому разработка и внедрение эффективных мероприятий

по предупреждению распространения коронавирусной инфекции является актуальной повсеместно, но особенно в организованных коллективах.

Заражение коронавирусом COVID-19 здорового человека и его заболевание коронавирусной болезнью возможно только при переносе возбудителя от носителя инфекции в восприимчивый к вирусу организм. Поэтому в предупреждении заболеваемости населения коронавирусной болезнью COVID-19 наиболее эффективным является комплексный подход, основанный на теории «трех звеньев», который предусматривает воздействия на три основных звена системы: I звено – источники инфекции – больные люди, с явно выраженными клиническими проявлениями или со скрытыми формами заболевания; II звено – это пути передачи инфекции – природные и искусственные среды между источниками инфекции и организмом здоровых людей (воздух и различные предметы) и т. д.); III звено – восприимчивый к инфекции организм (взрослый, ребенок, подросток).

Комплексный подход в предупреждении распространения коронавирусной инфекции в общеобразовательных учреждениях предусматривает решение следующих задач.

1. Мероприятия, направленные на I звено, предусматривают выявление, изоляцию и лечение больных работников и учащихся общеобразовательных учреждений.

2. Мероприятия, направленные на II звено, включают разрыв путей передачи коронавируса COVID-19 от источника инфекции восприимчивому здоровому организму. С этой целью применяются: максимальное разобщение школьников

в пространстве (организация отдельных входов в учреждения для разных групп учащихся, занятия каждого школьника за отдельным столом, партой) и во времени (организация занятий и перемен, включая прием пищи, для разных классов в различные часы); ношение средств индивидуальной защиты органов дыхания – СИЗОД (марлевых масок и т. д.) работниками учреждений постоянно, а школьниками на переменных; проветривание классных комнат до и/или после уроков, а также на переменных, размещение и использование в каждой классе и других помещениях бактерицидных УФ-облучателей; обеззараживание ручек дверей и т. д.

3. Мероприятия, направленные на III звено, предусматривают повышение устойчивости организма детей, подростков и работников общеобразовательных учреждений к коронавирусу COVID-19 и возбудителям других инфекционных заболеваний предусматривают: своевременное лечение острых и хронических заболеваний, соблюдение здорового образа жизни (ЗОЖ), предупреждение переохлаждения, а также оздоровление организма с использованием разрешенных Министерством здравоохранения (МЗ) средств, повышающих иммунологическую реактивность организма (неспецифический иммунитет).

Для достижения максимального эффекта предотвращения распространения нового коронавируса COVID-19 все мероприятия по защите здоровья учащихся и работников общеобразовательных учреждений должны быть комплексными, то есть направленными одновременно на все три звена единой системы.

Кардаш А.М., Кардаш В.П., Коровка С.Я.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) – одна из часто встречающихся форм черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и представляет собой внутримозговое кровоизлияние, располагающееся под твердой мозговой оболочкой. ЧМТ относится к группе важнейших медицинских и социально-экономических проблем в связи с высокой распространенностью травматизма, тяжестью отдаленных последствий и утратой трудоспособности. Когнитивные нарушения

(КН), возникающие наряду с неврологическими расстройствами на фоне вторичного повреждения головного мозга, существенным образом влияют, как на степень социальной и бытовой дезадаптации, так и качество жизни лиц, перенесших ЧМТ.

Целью работы явилось изучение когнитивных нарушений у больных с посттравматическими ХСГ. В исследование включены 184 пациента с ХСГ (79,35% мужчин и 20,65% жен-

щин) в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст $41,48 \pm 7,23$ лет), находившихся на лечении в Донецком клиническом территориальном медицинском объединении с 2015 по 2020 гг. Степень КН исследовали при помощи Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), которая оценивала зрительно-конструктивные навыки, умение называть предметы, память, внимание, речь, ориентацию и способность к абстрагированию. Тестирование по шкале MoCA проводилось при установлении диагноза ХСГ, затем повторное исследование выполнялось через 4 месяца после оперативного вмешательства по поводу ХСГ.

По результатам первичной оценки когнитивной функции получено 23 (21-24) балла, повторной оценки – 25 (24-26) балла, свидетельствуя о проявлении когнитивного дефицита при первичной диагностике ХСГ с последующим регрессом КН после операции ($p < 0,001$). При первичном исследовании КН не выявлены (≥ 26 баллов) у 13 (7,06%) больных, у 121 (65,76%) больных выявлены умеренные КН (22-25 баллов), и у 50 (27,17%) человек определена деменция легкой степени выраженности (19-21 балл). При повторном исследовании КН не выявлены у 91 (49,46%) пациентов, умеренные КН обнаружены у 86 (46,74%) больных, деменция легкой степени выраженности – у 7 (3,80%) больных. Сравнение величин шкалы MoCA при первичном и повторном обследовании больных показало достоверные отличия ($p < 0,05$) для большинства субтестов. При повторном исследовании

зрительно-конструктивные навыки у большинства больных выражались в более четких рисунках часов и фигуры куба, достоверно увеличиваясь до 4 (4-5) баллов ($p < 0,001$), затруднения при назывании предметов испытывали значительно меньшее количество людей ($p = 0,009$), по субтесту «память», который не имеет балльной оценки, повторение слов не вызывало затруднений у большинства обследуемых лиц как при первой так и при второй попытке ($p < 0,001$), при выполнении субтеста на внимание медиана увеличилась в 1,33 раза ($p < 0,001$) до 4 (4-5) баллов, однако, некоторые ошибки проявлялись при серийном вычитании цифр. Оценивание речи при повторном обследовании выявило достоверное увеличение скорости называния слов и точности повторения фраз до 2 (2-3) баллов ($p < 0,001$), большинство пациентов правильно ориентировались в пространстве и во времени, иногда, указывая неправильную дату или день недели ($p = 0,003$), значимого подтверждения не получили различия при первичном и повторном исследовании пациентов при выполнении субтеста «абстракция» 2 (2-2) балла ($p = 0,113$), имевшие небольшие неточности.

Исследование клинико-неврологических взаимоотношений с углубленным изучением когнитивных функций при ЧМТ и в отдаленном периоде после ее возникновения позволит определить патогенетические факторы развития травматической болезни головного мозга, прогнозировать ее последствия и повысить эффективность лечения и качество жизни пациентов.

Кардаш А.М., Коровка С.Я., Кардаш В.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) – цереброваскулярная патология, развивающаяся в результате медленно прогрессирующей недостаточности кровоснабжения головного мозга на фоне атеросклероза, артериальной гипертензии, заболеваний миокарда, сахарного диабета или их сочетания. Нарушение церебрального кровообращения с развитием гипоксии приводит к диффузным, многоочаговым изменениям в веществе головного мозга, сопровождаемых каскадом биохимических реакций с глутаматной эксайтотоксичностью, активацией внутриклеточных ферментов и накоплением внутриклеточного Ca^{2+} , окислительного и/или нитрозативного стресса. Несмотря на много-

факторность патогенетических механизмов развития ХИГМ, остается невыясненным зависимость молекулярно-биохимических изменений от стадии заболевания, выраженности когнитивной дисфункции, структурного состояния невроваскулярных компонентов.

Цель работы исследовать биомаркеры клинико-неврологических проявлений прогрессирования ХИГМ.

Обследовано 435 пациентов с диагнозом ХИГМ в возрасте 43-79 лет с медианой 60 лет и межквартильным размахом 51-68 лет, находившихся на лечении в ДоКТМО, из которых 35,63% составили мужчины и 64,37% женщины. Для диагностики ХИГМ использова-

ли данные клинико-неврологического статуса, нейровизуализационных исследований и УЗИ брахиоцефальных сосудов. ХИГМ I стадии выявлена у 144 пациентов (33,10%) в возрасте 49 (46-52) лет, ХИГМ II стадии – у 166 пациентов (38,16%) в возрасте 63 (57-69) года, ХИГМ III стадии – у 125 пациентов (28,74%) в возрасте 67 (62-73) лет. Исследовано содержание белка S100B и нейроспецифической енолазы (NSE) в сыворотке крови пациентов с ХИГМ методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем производства DRG (США) с регистрацией результатов на микропланшетном ридере «Multiskan EX» (Финляндия). В контрольную группу вошли 30 здоровых человек.

По результатам проведенного исследования уровни в крови нейроспецифического белка S100B – маркера глиального повреждения у пациентов по стадиям ХИГМ достоверно различались ($H=248,0$; $p<0,001$). Так при I стадии уровень S100B составил 73,40 (65,52-84,81) нг/мл, при II стадии – 118,42 (108,26-133,12) нг/мл и при III стадии – 104,51 (90,27-118,30) нг/мл, превышая показатели контрольной группы в 1,61 ($p=0,014$), в 2,6 ($p<0,001$) и в 2,29 раза ($p<0,001$), соответственно. Определение концентрации NSE – маркерного белка повреждения нейронов показало его достоверное измене-

ния в зависимости от стадии прогрессирования ХИГМ ($H=274,2$; $p<0,001$). Содержание в крови NSE при I стадии ХИГМ было 10,04 (8,75-11,54) мкг/л, при II – 14,06 (11,77-16,33) мкг/л и III стадии – 19,32 (16,19-22,97) мкг/л. Сравнение с показателями контрольной группы выявило увеличение концентрации в крови NSE при I стадии ХИГМ в 1,73 раза ($p=0,006$), при II стадии – в 2,42 раза ($p<0,001$) и при III стадии – в 3,33 раза ($p<0,001$).

Анализ изменения концентрации нейроспецифических белков в динамике ХИГМ выявил очевидное увеличение S100B и NSE при прогрессировании заболевания. Развитие неврологического дефицита при ХИГМ может быть обусловлено потерей ряда основных аминокислот, входящих в состав белка NSE: аспартата, глутамината, глицина, аланина и лейцина. Исследование экспрессии нейроспецифических белков S100B и NSE в качестве маркеров состояния ткани мозга и стабильности гематоэнцефалического барьера у больных с ХИГМ может служить одним из важных диагностических критериев при определении тяжести заболевания, степени прогрессирования и осуществления адекватного контроля за эффективностью лечебных мероприятий.

Кароли Н.А., Зарманбетова О.Т.

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Начало нового этапа широкого применения результатов исследования артериальной ригидности (АР) в клинической практике было положено принятием рекомендаций Европейским обществом изучения гипертонии и Европейским обществом кардиологов, где сосудистая стенка была впервые обозначена как «орган-мишень», а повышение СРПВ включено в перечень субклинических поражений органов-мишеней у больных АГ. Проведено большое количество исследований, подтверждающих значение артериальной ригидности как важного независимого предиктора сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Однократное исследование параметров АР не дает полной информации, большой интерес представляет измерение жесткости в течение суток, что стало возможным благодаря внедрению программ косвенной оценки свойств

магистральных артерий в аппараты суточного мониторинга артериального давления.

Целью исследования явился анализ суточного профиля артериальной ригидности (АР) у больных бронхиальной астмой с различной тяжестью заболевания.

В исследование было включено 119 больных БА, средний возраст составил $56,7 \pm 8,23$ лет. 1 группу составили 48 человек с легким и среднетяжелым течением, 2 группу 71 человек с тяжелым течением астмы. В группу контроля вошли 30 здоровых лиц, группы были сопоставимы между собой по полу и возрасту.

Диагноз бронхиальной астмы устанавливался в соответствии с общепринятыми клинико-лабораторными и функциональными критериями после проведения спирографического исследования.

Пациентам проводилось суточное мониторирование АР с использованием аппарата ВРLab МнСДП-2 (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия). Исследования проводили в течение 24 часов.

При изучении суточных параметров АР у пациентов с тяжелой БА выявлено достоверное повышение СРПВ за сутки ($10,12 \pm 1,79$), дневное ($10,16 \pm 1,87$) и ночное время ($9,84 \pm 1,89$) в сравнении с пациентами с легким и среднетяжелым течением заболевания и лицами группы контроля ($p < 0,05$). Так, значения среднесуточной СРПВ больше 10 м/сек выявлены у 11 (22,9%) пациентов 1 группы, у 32 (45%) больных 2 группы и у 6 (16,6%) лиц группы контроля. Установлена связь параметров АР с продолжительностью БА, количеством обострений в год. Так, жесткость сосудов выше у больных с длительной астмой и частыми обострениями.

Касьяненко Н. Е.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»

Лаборатория прикладного языкознания и медицинской лексикографии ДонНМУ им. М. Горького

ВЕРБАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПТА КРОВЬ В ПОЭЗИИ А. АХМАТОВОЙ

Когнитивные исследования, связанные с концептосферой национального языка, заняли ведущее место в лингвистике XXI века. В сфере внимания ученых неизменно находятся и художественные концепты, реализации которых входят в структуру индивидуально-авторской картины мира конкретного автора. Художественный концепт при этом в своих воплощениях соединяет традиционные национальные моменты и индивидуальные, исключительно авторские. Среди художественных концептов, неизменно присутствующих в поэтических произведениях, немало таких, которые соотносятся с понятиями медицины: сердце, недуг, болезнь, боль и многие другие. К числу концептов названного типа можно отнести и концепт кровь, который, как представляется, не случайно является в своих вербальных реализациях элементом поэтики эстетической системы многих авторов и, прежде всего, поэтов Серебряного века, к которым закономерно относят и А. А. Ахматову.

О значимости названного концепта свидетельствуют несколько моментов и, прежде всего, тот факт, что само понятие кровь носит «медицинский» характер: оно тесно связано с субстанцией физиологического свойства, без которой невозможна жизнь человека. Кроме того, в поэтической речи активно используются образы, созданные на основе проявлений данного

В результате исследования выявлено повышение артериальной ригидности у больных БА. Изучение жесткости проводилось больным с различной тяжестью заболевания и наибольшие значения параметров артериальной ригидности зафиксированы у больных тяжелой астмой. Также у больных тяжелой астмой отмечена тенденция ночного повышения параметров жесткости сосудов и недостаточная степень ночного снижения СРПВ, что возможно является результатом негативного влияния ночных приступов бронхообструкции и может повышать кардиоваскулярный риск. Полученные результаты могут быть трактованы как субклиническое поражение сосудистой стенки как органа-мишени, что приводит к увеличению суммарного сосудистого риска у больных БА с тяжелым течением заболевания.

концепта, имеющие эстетическое значение.

Основными вербальными проявлениями названного концепта являются у поэтессы лексемы кровь, кровушка, кровавый, окровавленный. Содержательная структура концепта включает целый ряд семантических элементов, среди которых следует назвать 'текучесть' крови, '«жидкостное» начало', 'температуру', 'цвет', 'запах', 'пульсацию' и др.

Так, цветовая характеристика крови находит отражение в следующих строках стихотворения «Страх, во тьме перебирая вещи»: «Лучше бы на площади зеленой / На помост некрашенный прилечь / И под клики радости и стоны / Красной кровью до конца истечь» [1, с. 157]. Здесь плеоназм красной кровью (в природе кровь по определению красного цвета!) призван усилить ощущение тревоги, хрупкости мира, страха, остро ощущаемых поэтессой. Передавая цветовую палитру крови с установкой на художественную номинацию, автор использует один из своих излюбленных приемов – перифразу: «И на рану, ставшую рубином / на груди моей» [1, с. 346]. Индивидуально-авторская перифраза рана, ставшая рубином заменяет лексику покраснела. насыщение цветом «просматривается» и сложной метафоре-перифразе в стихотворении «Царскосельская статуя»: «И окровавлены кусты / Неспешно зреющей рябины» [1, с. 95].

Цвет крови, а вернее, его отсутствие, становится основой и для использования устойчивого выражения: «Наклонился – он что-то скажет.../ От лица отхлынула кровь» [1, с. 49].

Нельзя обойти вниманием и другое свойство крови – ее текучесть. Этот элемент смысла у А. Ахматовой достаточно универсален. И это подтверждается синтагматикой лексемы кровь с соответствующими глаголами и именами: «Чтобы кровь из горла хлынула / Поскорее на постель» [1, с. 140]; «Каждый удар [пасхального звона. –

Н. К.] отдавался в сердце, / С кровью по жилам растекался» [1, с. 266]; «И зачем эта струйка крови / берedit лепесток ланит?» [1, с. 283].

Приведенные примеры свидетельствуют о многогранной и оригинальной вербализации названного концепта в эстетической системе А. Ахматовой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахматова А. А. Сочинения. В 2-х т. Т.1. Стихотворения и поэмы / Вступ. ст. М. Дудина. – М.: Худож. лит., 1987. – 511 с.

Качанов Б.А., Борисова Е.С., Березнёв В.К.
Научный руководитель – проф. Седаков И.Е

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕЗУЛЬТАТЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Цель: Провести обзор публикаций методов и результатов лечения метастатического поражения мозга.

Материалы и методы: Поиск проспективных исследований осуществлялся в поисковых базах PUBMED, Cyberleninka и ClinicalKey. Ключевые слова для запроса : метастазы в головной мозг, олигометастатическая болезнь, рак легкого, нейроонкология, прогностические факторы, методы лечения, радиохирургия. В обзор включались статьи за период с 2015 по 2020 год, в которых поведилась лучевая терапия, хирургическое вмешательство или радиохирургия.

Результаты: В обзор были включены результаты 21 проспективного исследования. Произведена оценка функционального результата лечения по индексу Карновского у 328 больных. Средний возраст пациентов составил 50-60 лет. Медиана общей выживаемости (ОВ) больных, не получавших после хирургического лечения иного вида терапии, составила всего от 1 до 4 месяцев. При хирургическом вмешательстве хорошие результаты (повышение индекса Карновского (ИК)) были достигнуты у 81% пациентов, удовлетворительные (ИК на прежнем уровне) у 13% , ухудшение состояния (уменьшение ИК) у 6% . Послеоперационная летальность составила 7%. Основные причины летального исхода: кровоизлияние в ложе, отек головного мозга, тромбоэмболия легочной артерии, менингоэн-

цефалита. Рецидивы встречаются у 20% – 70% раковых больных, их частота зависит от радикальности проведенного вмешательства. Медиана ОВ увеличивается до 14 месяцев. При радиохирургическом лечении локальный контроль очагов метастазов головного мозга достигается в интервале 83-96%. Факторами, связанными с более длительной выживаемостью, были: ограниченное (до 3 метастазов) метастатическое поражение головного мозга, индекс Карновского ≥ 80 , RPA 1-й класс, высокий GPA-индекс и более короткий интервал между первичным диагнозом и развитием интракраниальной прогрессии.

Локальные рецидивы развились у 24% больных. Медиана ОВ составила от 10 до 12 месяцев. Для пациентов с множественными метастазами стандартным вариантом лечения является облучение всего головного мозга. Процедура проводится от 5 до 15 сеансов в неделю, на протяжении 1-3 недель. Увеличивая медиану ОВ до 3-6 месяцев. Выводы: Без лечения медиана ОВ составляет всего 1-4 месяца. Хирургия церебральных метастазов может быть подразделена на условно радикальную и паллиативную. При благоприятном прогнозе хирургическое вмешательство увеличивает медиану ОВ до 10 месяцев. Лучевая терапия увеличивает медиану ОВ до 3-6 месяцев. Радиохирургия увеличивает медиану ОВ от 10 до 12 месяцев.

Качанова Е.В.

Медицинский центр врачебной косметологии «Эйфория»

МЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА И ВОЛОС

Основная задача врача косметолога приостановить процессы старения кожи лица и волос, организма в целом.

Этой цели как нельзя лучше соответствует метод мезотерапевтического воздействия.

Улучшается кровообращение, стимулируются собственные регенеративные процессы,

Уменьшаются мимические морщины, подтягивается контур лица и тела, улучшается цвет и состояние кожи, тонус мышц, заметно восстанавливается рельеф кожи в области рубцов и растяжек, грыжевых мешков век, нормализуются обменные процессы организма, улучшается качество волос, приостанавливается старение организма в целом.

Преимущества данного метода. Создание натурального ухоженного лица, возможность воздействия на все анатомические структуры: кожу, мышцы, связки, внеклеточный матрикс, сосуды; малая инвазивность; короткий период реабилитации; длительное сохранение результата.

В своей практике я использую аллопатические и гомеопатические препараты испанских лабораторий «Paxis» и «IT-Pharma».

Аллопатические средства – это фармакологические средства с изученным механизмом действия, которые назначают исходя из симптома-

тической картины. Принцип лечения – использовать фармакологические средства, вызывающие в организме эффекты, противоположные признакам болезни; применяется в обычной медицине.

Гомеопатические средства, применяются в альтернативной медицине. Гомеомезотерапия – холистический метод исходящий из постулата, что все связано между собой и находится в постоянном взаимодействии. Она объединяет мезотерапию, гомеопатию, гомотоксикологию, акупунктуру.

С точки зрения гомотоксикологии человек рассматривается как высокоорганизованная совершенная саморегулирующаяся система, в которой мы лечим не болезнь, а человека от болезни.

Комбинируя использование аллопатических и гомеопатических средств можно заметно улучшить качество кожи и волос.

Для оценки состояния кожи головы и волос я использую аппаратное исследование с помощью оптико – диагностического оборудования до начала лечения и после. Мы можем определить толщину и густоту волос, состояние устья волосяного фолликула.

Киосев Н.В.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ С РИСКОВЫМИ ФОРМАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Студенческому периоду присущ высокий риск манифестации и развития психических заболеваний. Дезадаптивные нарушения оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности, повышают риск употребления психоактивных веществ и суицидов в студенческой среде.

Цель исследования: Установить основные составляющие психофункциональных характеристик у подростков и молодежи, имеющих опыт употребления психоактивных веществ для опре-

деления мишеней их медико-психологической поддержки.

Материал и методы: При наличии информированного согласия, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии обследовано 479 студентов младших курсов медицинского факультета медицинского вуза, а именно: 335 девушек (69,9%) и 144 юноши (30,1%) в возрасте от 17 до 21 года. Методы исследования: социально-демографический, психодиагностический, статистический. Психодиагностический метод реализован при помощи теста «Самочувствие, Ак-

тивность и Настроение» («САН», В. О. Доскин и соавт., 1973) – дифференцированной самооценки функционального состояния. Определение и анализ выраженности психопатологической симптоматики осуществляли с помощью опросника SCL-90-R (L. R. Derogatis et al., в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001).

Комплексная оценка аддиктивного статуса выполнена при помощи системы AUDIT-тестов (Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Результаты и их обсуждение: По результатам исследования для всех изучаемых показателей «САН» обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min-max от 1,00 до 7,00. Это свидетельствует о наличии высокой степени разнообразия признаков пси-

хофункциональных характеристик обследованных.

Установлено статистически значимое ($p < 0,01$) превышение конструктора настроения (5,95) над значениями самочувствия (5,50) и активности (4,20). Величина медианы настроения студентов $Me = 5,95$ превышает верхнюю границу оптимального диапазона что свидетельствует об их психоэмоциональном возбуждении, которое может приводить к хроническому переутомлению и развитию психологического дистресса.

Выводы: Психоэмоциональное состояние студентов младших курсов университета характеризуется полиморфностью, из них 50% респондентов находятся в зоне риска формирования нарушений адаптации. Полученные данные легли в основу комплексной системы психопревенции нарушений адаптации у студенческой молодежи.

Киосева Е.В., Пацкань И.И., Бешуля О.А.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО», г.Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ

Студенты младших курсов попадают в группу риска в связи с завершением возрастных анатомо-физиологических перестроек организма, изменением привычных условий проживания, необходимостью адаптации в новом коллективе, а также к учебному процессу в иных условиях. Деадаптационные модели психосоциального функционирования студенческой молодежи отрицательно влияют на учебный процесс в университете, ухудшают межличностные отношения, влекут за собой снижение качества жизни, могут приводить к химической (употребление психоактивных веществ – ПАВ) и немхимической аддикции (игровой компьютерной зависимости), повышают суицидальный риск в молодежной среде.

Цель исследования: Провести скрининговую оценку психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студентов для ранней диагностики, профилактики и психокоррекции деадаптационных состояний.

Материал и методы: При наличии информированного согласия, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии обследовано 208 студентов младших курсов медицинского факультета медицинского вуза, а именно: 136 девушек (65,4%) и 72 юноши (34,6%) в возрасте от 17

до 21 года. Методы исследования: социально-демографический, психодиагностический, статистический. Определение и анализ выраженности психопатологической симптоматики осуществляли с помощью опросника SCL-90-R (L. R. Derogatis et al., в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001).

Результаты и их обсуждение:

Установлено, что у студентов доминирует превышение уровня фобической тревожности ($0,34 \pm 0,56$, при норме $0,18 \pm 0,02$ балла), как переживание широкого спектра негативных ощущений. Беспокойство, внутреннее напряжение, неуверенность в правильности своего поведения свидетельствуют о наличии у молодых людей когнитивных компонентов чувства опасности, неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности в отношении конкретных людей, событий, ситуаций. Иррациональный характер переживаний влечет за собой тенденцию к избегающему поведению и подтверждается повышением уровня показателя шкалы психотизма ($0,43 \pm 0,62$, при норме $0,30 \pm 0,03$ балла), что отражает затруднения в межличностной коммуникации, негативные эмоциональные переживания и раздражительность, не свойственные им ранее.

Выводы: Общая скрининговая оценка психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студенческой молодежи показала, что признаки адаптационных нарушения имеют место у 30,8% студентов, признаки адаптационных расстройств выявлены у 14,4% респондентов.

Полученные данные позволили сформировать систему психопреентивно – психообра-

зовательных, в том числе психо- и социокоррекционных мероприятий с применением техник разъяснительной, косвенной, когнитивно-бихевиоральной, психодинамической психотерапии, комбинированное использование нейролингвистических (NLP) технологий и интерактивных методов обучения кейс-стадий CBL (анг. case-study или Case Based Learning – основанный на клиническом случае).

Киреев А.В., Азарков А.В., Алиев Э.Ф.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.ГОРЬКОГО»

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ШКОЛ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Введение: Консервативное лечение и реабилитация детей больных сколиозом осуществляется школами ортопедического профиля. Сколиотическая болезнь среди детского населения занимает 12% от остальной ортопедической патологии детского возраста. Комплекс реабилитационных мер осуществляемые школами ортопедического профиля позволяет, не только произвести коррекцию осанки, но и в будущем снизить риск развития неврологической симптоматики, нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной функций и предупредить раннюю инвалидизацию больных.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 200 детей в специализированных школах для детей больных сколиозом из них с 1ст – 169, 2ст – 23, 3ст – 5, 4ст – 4 ребёнка. Дети обследовались клинически, лабораторно, рентгенологически и инструментально на всех этапах лечения. Всем детям проводили исследование функции органов дыхания методом спирометрии, сердечно – сосудистой системы методом ЭКГ, проводили рентгенологическое и рентгенофункциональное исследование позвоночника, изучали биоэлектрическую активность мышц туловища, живота. Отбор детей на лечение проводили после предварительного пребывания их

в курсовых отделениях школ-интернатов и санаториев.

Критерии оценки результатов лечения больных были: 1) динамика искривления позвоночника, 2) показатели силы, 3) биоэлектрическая активность мышц туловища, 4) объективные данные, характеризующие легочную вентиляцию и гемодинамику сердечно – сосудистой системы.

Заключение: комплексное лечение оказало положительное влияние на общее состояние всех больных независимо от типа и степени сколиоза. У значительного большинства больных удалось остановить прогрессирование заболевания, добиться стабильности и компенсации позвоночника, а в 35% случаях достигнуть и коррекции его деформации. При сколиозах 2 – 3 степени целесообразно применение ортопедического корсета особенно при выраженной мобильности позвоночника, что позволяет остановить прогрессирование процесса. Больных с 4-й степенью сколиотической болезни направляют на хирургическое лечение. Наличие у больного 4-й степени сколиотической болезни при отсутствии противопоказаний оперативному лечению следует признать серьёзной ошибкой врачей, наблюдающих ребёнка по месту жительства.

Кишеня М.С., Пищулина С.В., Чернобрицева М.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА РАЗВИТИЕ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ведущую роль в патогенезе сахарного диабета 2 типа (СД2Т) играют повреждения эндотелия сосудов, обусловленные глюкозотоксично-

стью, избыточным действием гипертензивных и воспалительных факторов, активаторов тромбообразования, интенсификацией окислительно-

нитрозативного стресса. Установлено, что развивающаяся при этом эндотелиальная дисфункция (ЭД) определяет формирование микрососудистых осложнений СД2Т. К сожалению, конкретные механизмы лежащие в основе повреждения сосудов на данный момент изучены недостаточно. В связи с этим остается не ясным ответ на вопрос: почему при одинаковых клинико-лабораторных показателях у больных развиваются разные по характеру и тяжести осложнения диабета.

Цель. Установить роль основных факторов, отражающих развитие ЭД на развитие диабетической нефропатии у больных с СД2Т.

Материалы и методы. Обследованы 84 пациента в возрасте от 34 до 57 лет с диагнозом СД2Т, осложненным нефропатией, которые составили основную группу. Группа сравнения включала 35 пациентов с СД2Т без нефропатии. Возрастные и гендерные различия по группам были недостоверным ($p > 0,05$). Наличие диабетической нефропатии у больных подтверждено клинико-лабораторными исследованиями согласно рекомендациям KDIGO (2018) двумя методами – по снижению скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 90 мл/мин. – имело место у 50 (59,5%) и по повышении уровня микроальбуминурии (МАУ) более 30 мкг/л – у 74 (88,1%) пациентов основной группы. У всех обследуемых лиц определяли в крови содержание маркеров ЭД: иммуноферментным методом: эндотелина-1 (ЭТ1), эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOS), фактора некроза опухолей α (TNF α); биохимическим – стабильных метаболитов оксида азота (NOx) и диеновых конъюгатов (ДК). С помощью многофакторного логистического регрессионного анализа из перечисленных маркеров ЭД отбирали эффективные

предикторы и определяли степень их влияния на наличие диабетической нефропатии, диагностированной по СКФ и МАУ. Степень влияния предикторов на зависимую переменную оценивали в процентном отношении по удельному весу β -коэффициентов.

Результаты. На наличие нефропатии, диагностированной по СКФ влияли уровни в крови ЭТ1 ($\beta = 1,520 \pm 0,276$; $W = 23,56$; $p < 0,001$) и TNF α ($\beta = 0,139 \pm 0,045$; $W = 9,88$; $p = 0,002$). На наличие нефропатии, диагностированной по МАУ влияло содержание в крови ЭТ1 ($\beta = 2,572 \pm 1,007$; $W = 18,23$; $p < 0,001$), eNOS ($\beta = -0,199 \pm 0,058$; $W = 4,90$; $p = 0,027$) и ДК ($\beta = -1,563 \pm 0,451$; $W = 12,52$; $p < 0,001$). Параметры остальных маркеров ЭД статистически не отличались от нулевой гипотезы и были исключены из числа предикторов. Развитию нефропатии по СКФ способствовали нарастание уровней в крови ЭТ1 выше 2,00 фмоль/л и TNF α более 101,5 пг/мл с удельным весом их влияния 99,17% и 0,83%, соответственно. Развитию нефропатии по суточной экскреции МАУ, в свою очередь, способствовали увеличение содержания в крови ЭТ1 выше 2,43 фмоль/л, а также уменьшение – eNOS ниже 254,3 пг/мл и ДК ниже 5,83 ЕД/мл со следующими степенями их влияния: 72,71%; 0,44% и 26,85%, соответственно.

Вывод. Полученные результаты подтвердили концепцию о многофакторности влияния маркеров ЭД на афферентные структуры почки, которое определяет клинические проявления диабетической нефропатии. Дальнейший поиск механизмов, лежащих в основе регуляции характера и интенсивности взаимодействия факторов патогенеза может быть полезным при разработке эффективных методов диагностики, профилактики и лечения СД2Т.

Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Джеломанова Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

В настоящее время распространенность сахарного диабета (СД) среди женщин репродуктивного возраста составляет 2%. В 1% беременностей СД существует исходно, а у 4,5% пациенток впервые возникает во время беременности (гестационный СД, ГСД).

К настоящему времени отчетливо прослеживается тенденция к увеличению числа бере-

менных, больных сахарным диабетом. Существует мнение, что у каждой 2-3 беременной из ста имеются нарушения углеводного обмена. Отягощающим фактором в лечении больных, страдающих СД в период гестации, учитывая полисистемный характер патологических проявлений, является ограничение применения медикаментозных препаратов. Это обстоятельство

явилось предпосылкой для разработки и широкого внедрения в практику немедикаментозных методов лечения и, прежде всего, озонотерапии, как наиболее безопасной и экономически выгодной методики.

Медицинский озон оказался эффективным при невынашивании, анемии беременных, гестозах, внутриутробной задержке развития плода, фетоплацентарной недостаточности, однако эффективность его в терапии ГСД неоднозначна.

Цель работы

Изучить влияние медицинского озона на течение беременности на фоне ГСД.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 60 родильниц: 1 группа-15 родильниц с ГСД, у которых беременность проводилась на фоне диетотерапии; 2 группа-15 родильниц с ГСД, которые получали инсулинотерапию; 3 группа: 3а-15 родильниц, которые получали диету и озонотерапию, 3б-15 родильниц с ГСД, которые получали инсулинотерапию и озонотерапию.

Результаты и обсуждения

В ходе обследования выявлено, что применение озонотерапии в комплексном лечении беременных, больных ГСД позволяет снизить дозу вводимого извне инсулина, а в некоторых случаях исключить инсулинотерапию вообще.

Доказано, что применение медицинского

озона в комплексе с традиционными методами лечения позволяет добиться снижения осложнений течения гестационного периода, показателей перинатальной заболеваемости, повышает адаптационные возможности новорожденных и способствует уменьшению диабетогенного действия беременности на течение ГСД.

Медицинский озон корригирует обменные процессы у беременных с ГСД, способствует стимуляции синтеза инсулина, активации утилизации глюкозы, замедляет скорость прогрессирования осложнений диабета.

При применении озонотерапии в 3 группе отмечено значительное снижение концентрации продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и стимуляция антиоксидантной системы защиты организма.

Выводы

Учитывая положительные результаты применения данного метода в акушерстве, его позитивное влияние на углеводный обмен, кислородотранспортную функцию крови, устранение микроциркуляторных нарушений, а также воздействие на ПОЛ и систему антиоксидантной защиты, отсутствие при этом тератогенного влияния на плод и побочных действий на материнский организм, возможно использование озонотерапии в комплексном лечении ГСД.

Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Чурилов А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Ежегодное увеличение числа больных сахарным диабетом (СД) в мире, в том числе и женщин репродуктивного возраста, повышает актуальность проблемы, связанной с ведением беременности на фоне СД. Согласно данным Международной федерации диабета 21,3 миллиона (16,2%) детей, рождённых в 2017 году, во внутриутробном периоде развития подверглись воздействию гипергликемии. 86,4% этих случаев были вызваны гестационным сахарным диабетом (ГСД). Согласно мировым данным, распространённость ГСД колеблется от 2% до 37% от общего числа беременностей. По данным авторов, в Российской Федерации ГСД осложняет течение беременности в 2-4% случаев, а на Донбассе распространённость ГСД варьирует в пределах от 1 до 13%. По данным литературы, у 20-50% женщин, перенёвших ГСД, он возника-

ет при последующей беременности, и у 25-50% женщин через 12-20 лет после родов развивается манифестный СД.

Цель работы

Изучить факторы риска и частоту возникновения манифестных форм СД у пациенток с ГСД.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 60 родильниц: 1 группа-20 родильниц с ГСД, у которых патология в послеродовом периоде исчезла бесследно; 2 группа-20 родильниц с ГСД, у которых в послеродовом периоде манифестировал СД 1 типа; 3 группа-20 родильниц с ГСД, у которых в послеродовом периоде манифестировал СД 2 типа.

Результаты и обсуждения

Для пациенток, у которых после родов раз-

вился СД 1 типа, были характерны: низкий прегравидарный индекс массы тела (ИМТ), возраст < 30 лет, СД 1 типа у ближайших родственников, выраженные клинические симптомы диабета, которые сопровождались снижением массы тела, появление гипергликемии и глюкозурии до 24 недели гестации, гликемия в течение беременности >8,5ммол/л, необходимость инсулинотерапии для коррекции нарушений углеводного обмена, появление УЗ признаков макросомии плода с 26 недели беременности и выраженные признаки диабетической фетопатии у новорожденных.

Для пациенток с выявленным после родов СД 2 типа были характерны такие факторы риска, как возраст >30 лет, выраженное ожирение, СД 2 типа у ближайших родственников, роды крупным плодом, репродуктивные потери и тяжелые

формы гестоза в анамнезе, артериальная гипертензия. В данную беременность для них были характерны наиболее высокая частота гестоза легкой степени тяжести и гестоза средней тяжести – 47,4%, а также преждевременных родов – 18,4% и родоразрешения путем КС- 23,7%.

Частота развития манифестных форм СД у пациенток с ГСД при наблюдении в течение 12 лет составила 14,6%.

Выводы

Женщины, перенесшие ГСД, нуждаются в тщательном динамическом наблюдении акушером-гинекологом и эндокринологом в связи с высоким риском развития ГСД в следующую беременность. ГСД также может рассматриваться как положительный результат естественного скринингового теста в отношении развития в последующей жизни СД 1 и 2 типа.

Князева А.К., Блудова Н.Г., Комарова Е.Б., Ребров Б.А.

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ГИПОТИРОИДНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Актуальность: В настоящее время доказано, что основной причиной снижения ожидаемой продолжительности жизни у пациентов с ревматоидным артритом (РА) являются сердечно-сосудистые (СС) заболевания. Увеличение риска сердечнососудистых заболеваний у пациентов с РА связано с увеличением прогрессирования атеросклеротических поражений сосудов. Аутоиммунный воспалительный процесс при РА влияет на эндотелий сосудов, способствует появлению сердечнососудистых осложнений и повышению смертности пациентов с РА. Известно, что при субклинической гипотиреоидной дисфункции (СГТД) повышается уровень провоспалительных цитокинов. Было установлено, что при СГТД происходит увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ).

Цель и задачи: изучить особенности эндотелиальной регуляции тонуса сосудов у больных РА с СГТД.

Материалы и методы: наблюдение 147 пациентов с РА. В I группу вошли 89 пациентов с РА без СГТД, во II – 58 пациентов с РА с СГТД. Пациенты в I и II группе достоверно не различались по возрасту и длительности РА. Выявление эндотелиальной дисфункции проводили с помощью ультразвуковой доплерографии сосудов в соответствии с международными рекомендациями.

Полученные результаты: При исследовании эндотелиальной регуляции тонуса сосудов в обеих группах пациентов было выявлено наличие нарушений, так как определялись признаки снижения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) по сравнению с контрольной группой, которые при ЭЗВД плечевой артерии (ПА) больше или равны 10%, а ЭНВД ПА – 15%. Определено достоверное снижение ЭЗВД во II группе, в отличие от I ($T = 4,5$, $p < 0,001$), что составило $8,3 \pm 3,0\%$ и, соответственно, $10,6 \pm 2,1\%$. Показатель ЭНВД во II группе составил $12,9 \pm 3,8\%$, а в I – $15,4 \pm 1,5\%$, что также имело статистически значимые различия ($T = 4,5$, $p < 0,001$).

Прослеживалось также различие между двумя группами по толщине КИМ ($Z = 9,7$, $p < 0,001$), с превышением во II группе. Определялось достоверное снижение коэффициента чувствительности сосудистого эндотелия к напряжению сдвига (К) у пациентов с РА, что соответствовало в I группе $0,45$ ($0,34; 0,71$), а во II – $0,26$ (0 г. $18; 0,46$), и имело статистическое различие в этом показателе между группами пациентов ($Z = 3,6$, $p < 0,001$) со значительным снижением у пациентов II группы.

Проведенный дисперсионный анализ указал на наличие влияния СГТД на развитие нарушенной сосудисто-двигательной функции эндотелия

у пациентов РА. Получены данные, из которых видно, что наличие СГТД у больных II группы достоверно влияло на снижение ЭЗВД, ЭНВД, К ($N = 13,8$, $p < 0,001$; $N = 14,5$, $p < 0,001$; $N = 10,2$, $p = 0,001$).

Выводы: анализ показал наличие влияния СГТД на развитие нарушений сосудисто-

двигательной функции эндотелия у больных РА. Эти данные показывают, что наличие у пациентов СГТД с РА приводит к значительному увеличению риска развития сердечнососудистых заболеваний. Это требует более тщательного изучения пациентов с РА для раннего выявления и коррекции сопутствующих заболеваний, кото-

рые ухудшают клиническое течение РА.

Коваленко С.Р., Голоденко О.Н., Бойченко А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОЗНАНИЕ НАЛИЧИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Целью данного исследования являлось определение уровня осознания наличия психического расстройства с различным уровнем психических нарушений.

Материалы и методы. Было обследовано 80 человек находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице с психотическим и невротическим уровнем психических нарушений. Распределением по уровню нарушений было равным (по 40 человек). Оценка уровня осознания наличия психического расстройства (инсайта) производилась с помощью шкалы нарушения осознания психического расстройства (ШНОПР) русскоязычная версия The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). Математическая обработка результатов проведена с помощью статистического пакета «Statistica 5.0» и Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализируя полученные данные можно отметить следующее. В группе с невротическим уровнем нарушений показатели всех шкал находятся в пределах (от 1 до 2 баллов) нормы: 1) «наличие психического расстройства» ($1,04 \pm 0,08$ балла) – данная шкала отражает общее представление о наличии у себя психического расстройства; 2) «необходимость лечения» (1 балл ровно) – отражает особенности позиции пациента по отношению к потребности проводить лечение; 3) «эффективность лечения» (1 балл) – оценивает насколько человек чувствует изменение в своем психическом состоянии; 4) «социальные последствия болезни» ($1,16 \pm 0,29$ балла) – характеризует степень адекватности оценки социальной дезадаптации пациентов; 5) «симптомы психического расстройства» ($1,09 \pm 0,16$ балла) – подробная оценка и отношение к своим ощущениям и переживаниям.

В группе испытуемых с психотическим уровнем нарушений, наоборот, у пациентов отмечалось не критическое отношение ко всем аспектам инсайта (более 2 баллов), в особенности к осознанию социальных последствий, вызванных психическим расстройством ($3,33 \pm 1,38$ баллов) и осознанию симптомов психического расстройства ($3,51 \pm 1,35$ баллов).

Подводя итог можно отметить следующее в группе пациентов с невротическим уровнем психических нарушений наблюдалось полноценное критическое отношение к своему психическому состоянию. Пациенты данной группы осознавали наличие у себя определенного психического расстройства, а также наличие перечня психических нарушений (симптомов), которые повлекли за собой госпитализацию, что в свою очередь привело к социальной дезадаптации и нарушению межличностных взаимосвязей. Также в полной мере осознавали необходимость получения квалифицированной врачебной помощи и в случае положительной динамики адекватно оценивали эффект от получаемого лечения.

В группе с психотическим уровнем, наоборот, наблюдалось нарушение всех аспектов инсайта, в особенности осознание наличия, понимания причин и восприятия окружающими симптомов психического расстройства, а также нарушению осознания социальных последствий психического расстройства.

Это свидетельствует о том, что пациенты данной группы не осознают влияние психического расстройства на нарушение социальной адаптации, также нарушения инсайта оказывают существенное влияние на качество лечения пациентов, ухудшают комплаенс и ограничивают возможности реабилитации.

Коваленко Т. И., Лепихова Л. П., Медведева В. В., Бобровицкая А. И.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА У ПОДРОСТКА

Синдром Стивенса-Джонсона – острая тяжелая аллергическая реакция, характеризующаяся обширными поражениями кожи и слизистых оболочек, индуцированная приемом лекарственных препаратов.

Цель: изучить редко встречающееся заболевание на примере конкретного пациента.

Материалы и методы: приводим случай наблюдения пациента с синдромом Стивенса-Джонсона.

Результаты: Ребенок О. 10 лет поступил в детское инфекционное отделение 02.01.20г. с жалобами на высокую температуру тела, сыпь на коже, отек и гнойное отделяемое из глаз, боль в ногах, руках. Из анамнеза жизни известно, что у ребенка отмечались аллергические реакции в виде крапивницы на цефтриаксон, реамберин, аскорутин, аскорбиновую кислоту, шоколад.

При поступлении в детское инфекционное отделение общее состояние ребенка тяжелое, обусловлено проявлениями токсико-аллергического дерматита с участками десквамативного эпидермолиза с образованием булл, наполненных серозным содержимым. Сплошная сливная сыпь на лице, распространяющаяся полиморфная сыпь с тенденцией к слиянию на шее и верхней части туловища, больше по передней поверхности с участками просветления. Предъявляет жалобы на резкую болезненность кожных покровов, при прикосновении, особенно к краям стоп. Глазные щели резко сужены за счет отека и гнойного конъюнктивита, выражен периорбиталь-

ный отек. Глазные яблоки подвижны, нормотоничны. Зрачки D=S, фотореакцию проверить не удалось, из-за выраженного сужения глазных щелей и светобоязни. Густо мелкоточечные, от вишневого до темно-коричневого цвета, 1-3 мм в диаметре, полиморфные высыпания на конечностях и нижней части туловища с тенденцией к распространению вширь. В сознании. Лихорадит на фебрильных цифрах. Тошноты, рвоты нет. Правильного телосложения. Нормального питания. На осмотр реагирует адекватно, ориентирован в личности, пространстве, времени. Очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки отрицательные. Видимые слизистые суховаты, губы покрыты гнойными корками, кровоточащими эрозиями. Язык густо обложен белым налетом, явления ангулярного стоматита. Установлен диагноз аденовирусной инфекции, фарингоконъюнктивальная лихорадка. Синдром Стивенса-Джонсона. Лечение: антибактериальная терапия: амикацин, флуконазол, затем дексаметазон с последующим уменьшением дозы, инфузионная терапия. На фоне интенсивной антибактериальной, глюкокортикостероидной, инфузионной терапии на 19 сутки лечения у пациента наступило клиническое улучшение, что позволило выписать ребенка на амбулаторное долечивание.

Вывод: приведенное клиническое наблюдение представляет большой интерес в связи с редкостью данного заболевания и серьезным прогнозом.

Коваленко Я.О., Коваленко О.Г., Осипенкова Т.С.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО
Кафедра общей стоматологии ФИПО

ОДНОКРАТНАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ КАК АЛЬТЕРНАТИВА КУРСУ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ В ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Традиционный список препаратов, назначаемых после оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области, в том числе и после дентальной имплантации, включает в себя нестероидные противовоспалительные средства,

антигистаминные препараты и антибиотики. В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), опубликованном в апреле 2014 года на первый план выходит проблема антибиотикорезистентности, также говорится о том, что

устойчивость к антибиотикам возрастает с увеличением продолжительности лечения, поэтому, до тех пор, пока сохраняется эффективный минимум, более короткие курсы антибиотиков могут, вероятно, снизить уровень резистентности, снизить стоимость лечения, и дать лучшие результаты с меньшим количеством осложнений.

В связи с этим, целью нашего исследования стало изучение эффективности однократного применения антибактериальных препаратов перед дентальной имплантацией.

Материалы и методы. Для проведения исследования были отобраны 60 пациентов возрастом 24-65 лет с вторичной адентией, которым была показана двухэтапная дентальная имплантация.

Первой группе из 30 пациентов назначался 1000 мг. амоксициллина за 3 часа до операции. Второй группе из 30 пациентов проводился традиционный курс амоксициллина 500 мг. 2 раза в сутки в течение 5 суток.

В предоперационный период был проведен курс профессиональной гигиены полости рта, сама операция дентальной имплантации проводилась с минимальными размерами операционного поля, использовались острые фрезы и другие способы снижения инвазивности вмешательства.

Результаты. В постоперационный период в

первой группе у 27 пациентов к 3-м суткам развивались умеренно-выраженные явления отека в операционной области, которые постепенно уменьшались к 5-7-м суткам, при этом самопроизвольных болей не возникало. У 3-х пациентов (10%) наблюдалась субфебрильная температура в течение 2-3х суток после операции и самопроизвольные ноющие боли в операционной области. Этой группе пациентов давались рекомендации продолжать приём амоксициллина в дозировке по 500 мг. 2 раза в сутки 4 дня. На 7-е сутки после операции воспалительные явления отсутствовали.

Во второй группе у 24 пациентов к 3-м суткам развивались умеренно-выраженные явления отека в операционной области, которые постепенно уменьшались к 5-7-м суткам, при этом самопроизвольных болей не возникало. У 6-ти пациентов в первые сутки после операции возникла субфебрильная температура и самопроизвольные болевые ощущения, которые исчезли к 7-м суткам после операции.

Вывод. Однократная антибиотикопрофилактика перед дентальной имплантацией за счёт меньшего количества назначаемого антибактериального препарата, позволяет уменьшить вероятность возникновения антибиотикорезистентности.

Колесникова И.А., Пискунова Н.В., Василенко И.В.

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
ГОО ВОО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРОГЕНЕЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) наиболее часто развивается у лиц, страдающих хроническими болезнями печени, ведет к высокой инвалидизации и смертности больных. У лиц, инфицированных вирусом гепатита С, гепатоцеллюлярная карцинома развивается на стадии цирроза печени с частотой 1,5-2,5% в год с пиком заболеваемости ГЦК в возрасте старше 60 лет. Развитие ГЦК при HBV- инфекции возможно на стадии хронического гепатита, что соответствует более раннему возрастному диапазону – начиная с 45 лет. Связь частоты HBV- ассоциированной ГЦК с вирусологическим статусом больного более выражена, чем при HCV- инфекции. Риск развития ГЦК у инфицированных вирусом гепатита В в 100раз выше, чем у неинфицированных. Недавние исследования показали, что выявление HBsAg увеличивает опасность развития в ГЦК в 10раз, HBeAg – в 60раз, превышение количества

HBV ДНК в сыворотке крови до определенного уровня – в 4раза. Факторы риска развития ГЦК в исходе хронической HCV- и HBV- инфекции во многом совпадают с таковыми при прогрессии фиброза печени, что связывали с активацией синтеза коллагена фибробластами.

В последние годы важную роль в этом процессе отдается перисинуоидальным звездчатым клеткам Ито. Эти клетки в норме являются покоящимися, они накапливают ретиноиды и синтезируют ограниченное количество ЕСМ-протеинов. При вирусном гепатите клетки Ито активируются, новые их поколения приобретают фенотип миофибробластов, экспрессирующих актомиозин А-SMA (А-изоформу гладкомышечного актина). Активированные клетки Ито продуцируют коллаген и ингибиторы интерстициальных коллагеназ, что способствует развитию фиброза печени. Активированные

звездчатые клетки печени также демонстрируют повышенное содержание новых генов, таких как α -SMA, ICAM-1, хемокины и цитокины. Активация звездчатых клеток и появление новых поколений клеток фиброгенного типа коррелирует с лимфоцитарной инфильтрацией портальных трактов, с увеличением числа и площади иммуноклеточных «ступенчатых некрозов», с нарастанием фагоцитарной активации клеток Купфера. Клетки воспалительного инфильтрата активируют Купферовские клетки, которые освобождают цитокины и факторы роста, такие как TGF β , PDGF, TNFL, разновидности реактивного кислорода. Эти факторы стимулируют активацию клеток Ито. Тромбоциты и лейкоциты воспалительного инфильтрата также являются источником цитокинов, которые участвуют в активации клеток Ито. Увеличение продукции тканевых ингибиторов металлопротеиназ происходит на ранних этапах после повреждения печени и сохраняется во время развития фиброза печени. Из-за относительно низкого количества продукции матриксных металлопротеиназ

и увеличенного синтеза тканевых ингибиторов металлопротеиназ дальнейшие изменения ведут к смещению равновесия между ними. Если источник повреждения печени устранен, то эти повреждения часто почти полностью восстанавливаются. Регресс фиброза печени характеризуется деградацией фибриллярного матрикса и нормализацией гистологического строения печени. И наоборот, наличие повреждающего агента печени вызывает длительную активацию механизмов восстановления ткани, что и приводит к фиброзу печени.

Таким образом, звездчатые клетки печени играют ключевую роль в развитии как фиброгенеза, так и в процессе фибринолиза. Изучение процессов регулирования синтеза и деградации экстрацеллюлярного матрикса при хронических заболеваниях печени сделает возможным регуляцию процессами фиброгенеза и фибринолиза, а значит позволит снизить развитие гепатоцеллюлярной карциномы у больных хроническими диффузными болезнями печени.

*Колесников А.Н., Гридасова Е.И., Кучеренко Е.А., Гончаров В.В.,
Кварацхелия Л.Г., Скоробогатый Р.В.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КУРСОВ ПО COVID 19 В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИЧЕСКОГО КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА

На базе кафедры анестезиологии, реаниматологии и неонатологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в сентябре 2020 года была развернута инициатива по созданию курсов тематического усовершенствования для военных медиков и врачей разных специальностей (ассистентов кафедр) по особенностям работы с пациентами, подозрительными и/или подтвержденными по COVID 19. Данная концепция обусловлена острым дефицитом врачей со специальными специфическими, постоянно обновляющимися, знаниями о новой коронавирусной инфекции и отсутствием четких алгоритмов организации работы профильных стационаров, понимания мер индивидуальной и коллективной защиты.

В процессе создания рабочих программ циклов «Интенсивная терапия и безопасность персонала при COVID 19» были выделены часы для изучения этиологии и эпидемиологии вируса SARS-CoV-2, аспектов патогенеза, диагностики, лечения и профилактики. Особое внимание уделено интенсивной терапии, в том числе, методам респираторной поддержки, данной группы паци-

ентов, причем, как с классическими осложнениями ОДН – пневмония и ОРДС, так и с другими критическими состояниями, например, сепсис и септический шок, атипичная коагулопатия и др. На современном уровне слушателям освещены основные патоморфологические звенья COVID 19, включающие «цитокиновый шторм», «брадикининовая буря», «воспалительно-коагуляционное (тромботическое) торнадо». Затронуты вопросы особенностей лечения пациентов с сопутствующей патологией (сахарный диабет, гипертония, ожирение), а также особенностей проведения сердечно-легочной реанимации.

Учитывая особую тяжесть и высокую контактируемость COVID 19, врачам, работающим с ковид-пациентами, акцентировано внимание на обеспечение собственной безопасности, особенности работы в защитных костюмах, что закрепляется, проводимым на занятиях, тренингом.

Результатом грамотно спланированного и осуществленного посредством лекций, семинаров и практических занятий с использованием

манекенов симуляторов и медицинского оснащения (маски, аппарат ИВЛ и др.) стал выпуск первых специально подготовленных медработников (военных медиков и врачей) по работе с пациентами с COVID 19, которые теперь оказывают недостающую профильную помощь в разных районах республики. В связи с эффективным результатом проведенных циклов, руко-

водством ВУЗа принято решение о расширении курсов на ординаторов второго года обучения. Таким образом, инициатива, грамотное планирование, ответственный подход, и постепенная реализация необходимых социуму концепций способствуют решению глобальных проблем на локальном уровне.

Колесников А.Н., Гончаров В.В., Гридасова Е.И., Кучеренко Е.А., Кварцхелия Л.Г., Скоробогатый Р.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО Г. ДОНЕЦК

ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ « АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ»: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

С целью улучшения подготовки студентов и врачей по специальности « анестезиология и интенсивная терапия» проведен анализ проведения компьютерного контроля знаний, который существует и поиск путей его улучшения. В связи с внедрением компьютерных сетей всё чаще программное обеспечение используется на разных этапах обучения и подготовки специалистов в высших учебных заведениях. Одним из видов контроля знаний студентов по специальности « анестезиология и интенсивная терапия» есть компьютерный контроль знаний. База данных компьютерных тестов является открытой. Периодически проводится коррекция отдельных вопросов. Студенты проходят промежуточный и итоговый компьютерный контроль в компьютерном классе кафедры. Вместе с тем, такая форма проведения контроля имеет как преимущества, так и некоторые недостатки, а именно: невозможность использования для проведения самостоятельной проверки усвоения как отдель-

ных тем и разделов, так и материала в целом. С целью улучшения дистанционного обучения было бы целесообразно разместить на интернет-сайте высшего учебного заведения (кафедры) компьютерных тестовых вопросов с возможностью прохождения тренировки и аттестации с получением соответствующего подтверждения этого факта. Дискуссионным остаётся вопрос о необходимости коррекции количества времени, которое отводится на компьютерный экзамен. Таким образом, целесообразность внедрения компьютерных технологий в учебном процессе в высших медицинских учебных заведениях для подготовки будущих врачей по специальности в частности «анестезиология и интенсивная терапия» не вызывает сомнений. Необходимо находить такие формы проведения компьютерного тестирования с помощью сети интернет которое устраивало бы как преподавателей, так и студентов-врачей по специальности «анестезиология и интенсивная терапия».

Колкин Я.Г., Вегнер Д.В., Дудин А.М., Ступаченко О.Н., Филахтов Д.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», ДОКТМО, г. Донецк

ОСТРАЯ ГНОЙНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ: ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Цель работы – улучшить результаты терапии пациентов с легочно-плевральными свищами путём применения предложенного нами способа временной обтурации бронха.

Материал и методы. Проанализированы различные варианты временной обтурации бронха у 104 больных, имевших бронхоплевральный свищ и пиопневмоторакс (из 686 пациентов с

острой гнойной деструкцией лёгких, которые лечились в клинике за последние 25 лет). У пациентов использованы следующие методы диагностики: клиничко-лабораторные, обзорная рентгенография органов грудной полости, фистулография, мультиспиральная компьютерная томография.

Результаты. По локализации поражения па-

пациенты распределены следующим образом: правое лёгкое – у 64 чел., левое лёгкое – у 37, двустороннее поражение – у 3. Патологические изменения в верхней доле лёгкого были у 34 чел., в нижней – у 56 и у 14 – полисегментарная деструкция лёгких.

В 59 случаях для окклюзии использован сплошной поролоновый на металлической основе обтуратор, который вводили в свищесущий бронх с помощью жёсткого бронхоскопа. Предварительно санировали поражённые бронхолёгочные участки. В большинстве случаев через 7-9 дней у пациентов отмечено значительное улучшение. Но у 18 чел. патологический процесс прогрессировал из-за неэффективного лечения участков лёгкого ниже места окклюзии. Эта методика не позволяла санировать участок лёгкого ниже обтуратора.

Колкин Я.Г., Кузьменко А.Е., Хацко В.В., Межаков С.В., Греджев Ф.А., Мамисашвили З.С., Шаталов С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», ДОКТМО, г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цель работы – разработка оптимального лечебного алгоритма у пациентов с постнекротическими кистами поджелудочной железы (ПНКПЖ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты терапии у 103 больных (68 мужчин, 35 женщин) в возрасте 19-70 лет, которые лечились в хирургической клинике за последние 8 лет. Кисты имели размеры от 3 до 22 см. Проведено 49 чрескожных пункционных манипуляций (27 пункций с аспирацией, 22 – дренирование), из них 39 – под УЗ-контролем и 10 – под КТ-контролем, 15- под контролем лапароскопии. 39 больным выполнены лапаротомные операции (внутреннее и наружное дренирование). Противопанкреатическое и антибактериальное лечение проводилось по традиционным схемам.

Для выполнения чрескожных пункций и аспираций применяли полые иглы 12-18 G и УЗ-сканер с приставкой для цветного доплеровского сканирования (ЩС) с конвексным датчиком 3,5-5 МГц, либо компьютерный томограф. Дренирование по Сельдингеру выполняли катетерами диаметром 7-9 Fg «свиной хвостик». Дренаж находился в полости кисты от 7 до 90 суток, в зависимости от сроков опорожнения псевдокисты. Проведение дренажа под контролем лапароскопии выполняли под общим наркозом по стандартным методикам. В течение 24 месяцев

У 45 таких больных использован разработанный в клинике полый обтуратор со специальным катетером (патент РФ № 2092108). Полый обтуратор со специальным катетером внутри вводили единым блоком в бронх, при этом удачно сочетались окклюзионные и лечебные возможности указанного способа. Катетер вводили в бронх под контролем торакоскопа и бронхоскопа. Проводник с соединённым с ним катетером потягивали через отверстие свища на грудную стенку, что позволяло постепенно вводить обтуратор в поражённый бронх. Успешно излечены 40 пациентов.

Вывод. По нашим данным, предложенный способ позволяет эффективно санировать поражённое лёгкое с бронхолёгочным свищом.

после пункционных вмешательств проводили периодически УЗ-контроль. При постнекротических кистах поджелудочной железы больших размеров использовали разработанное дренажное устройство (патент UA № 135065).

Результаты. Аспирацию или дренирование под контролем УЗИ или КТ применяли при ПНКПЖ без признаков перитонита, при условии наличия безопасной траектории доступа. Хорошие результаты получены в 91,5%. Простую аспирацию выполняли при псевдокистах менее 6 см., а дренирование – при кистах более 6 см. После применения разработанного дренажного устройства при кистах больших размеров в последующем проводили склерозирующую терапию.

Однако пункционный метод лечения противопоказан при выраженной коагулопатии, асците, отсутствии безопасного доступа. При кистах диаметром более 10 см после пункционного лечения отмечено до 24% рецидивов кист. Последующее склерозирование остаточной полости кисты является перспективным.

У некоторых пациентов отмечены осложнения: в 9,5% – выпадение дренажа, в 19% – подтекание кистозного содержимого, в 1,9% – стойкий панкреатический свищ. Проводили симптоматическое и противопанкреатическое лечение, 2 пациентов оперировали повторно с хорошими результатами.

Выводы. При ПНКПЖ оптимальным методом лечения является чрескожная пункция, аспирация или дренирование под УЗ-, КТ-, или лапа-

роскопическим контролем. Хорошие результаты получены при применении разработанного дренажного устройства.

Колкин Я.Г., Момот Н.В., Хацко В.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В., Ступаченко О.Н., Колкина В.Я.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», ДОКТМО, г. Донецк

КИШЕЧНИК – В ДЕФЕКТЕ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ

Цель работы – изучить возможности диагностики и лечения диафрагмальной грыжи в условиях специализированного торакального отделения.

Материалы и методы. За период с 1992 по 2020 г.г. авторами наблюдался 101 пациент с пролапсом толстой или тонкой кишок через дефект купола диафрагмы (у 99 – слева и у 2-х – справа). Возраст больных колебался от 3 до 82 лет. У 3 пациентов процесс этиологически был врожденным, у 5 выражался в наличии хронической посттравматической диафрагмальной грыжи и у 47 явился следствием острого травматического разрыва. Для уточнения диагноза применили следующие методы обследования (в различных сочетаниях): клиничко-лабораторные, обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полостей, контрастная рентгенография желудочно-кишечного тракта, ирригография, компьютерная или магнитно-резонансная томография.

Результаты. Только 33 (33,0%) пациента поступили в клинику с правильно установленным диагнозом. В симптоматике заболевания доминировали боли в груди или животе, одышка, вздутие живота, рвота, преходящие запоры или поносы, иногда с примесью крови и др.

При эндоскопии толстой кишки, в условиях отсутствия клинической картины острого ущемления, отмечены у 81 больного бледность или цианоз слизистой, признаки её отёка и воспаления, иногда с наличием мелких эрозий.

В 55 случаях при обзорной рентгенографии органов грудной полости в прямой проекции отмечены локальные участки просветления на фоне тени средостения, соответствующие нали-

чию газа в петлях кишки, а также у 35 пациентов определяли в вертикальном положении наличие чаш Клойбера. Контрастирование кишечника, сопровождаясь беспрепятственным заполнением его петель, часто демонстрировало их перемещения в грудную полость, а при отсутствии свободного пассажа контрастного вещества указывало на факт частичной или полной кишечной непроходимости. В неясных случаях применяли компьютерную или магнитно-резонансную томографию.

Оперированы 98 пациентов, причём у 87 обнаружены различной степени выраженности явления нарушения кровоснабжения скомпрометированной части кишки. У 65 больных операция была плановой, а у 35 – экстренной, и обычно заключалась в освобождении сдавленных, но жизнеспособных петель кишечника, низведении их в брюшную полость с ушиванием дефекта купола диафрагмы. У 4-х пациентов хирургическое вмешательство дополнено резекцией некротизированного участка кишки. Умерли 7 экстренно оперированных больных, из них 6 – в связи с обширным некрозом кишки (4 – тонкой и 2 – толстой) и 1 – от тромбоэмболии легочной артерии. Выздоровел 91 (93,4%) пациент.

Заключение. Врожденная или посттравматическая диафрагмальная грыжа является сложной для диагностики и хирургического лечения, особенно при ущемлённых формах. В специализированном торакальном отделении отмечены неплохие результаты лечения этой патологии. После оперативного лечения выздоровел 91 (93,4%) пациент.

Колоколова Е.В.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ОТНОШЕНИИ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ОПИСТОРХОЗОМ И МЕР ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Введение. Одним из гельминтозов является описторхоз, крупнейший очаг которого зарегистрирован в Западно-Сибирском регионе (Обь-Иртышский бассейн), в том числе и в Томской области. Возбудителями описторхоза являются трематоды видов: *Opistorchis felinus* и *Opistorchis viverrini*, паразитирующие в желчных протоках, желчном пузыре и поджелудочной железе. Описторхоз повышает риск возникновения рака печени, усугубляет протекание бронхиальной астмы и сахарного диабета, а также может маскироваться под сердечно-сосудистые заболевания. Поэтому чтобы не допускать заражения, необходима профилактика описторхоза.

Цель. Изучить информированность студентов СибГМУ в отношении риска заражения описторхозом и в отношении мер его профилактики.

Материалы и методы. Для изучения информированности в отношении риска заражения описторхозом и в отношении мер его профилактики среди студентов СибГМУ было проведено исследование. Исследование носило анонимный характер и проходило в рамках опроса в 2019 году. Специально для реализации цели была разработана анкета, на основе которой была создана google-форма. Также была составлена и распространена среди студентов СибГМУ памятка по мерам профилактики описторхоза.

Результаты. В опросе приняли участие 161, возраст респондентов варьировался от 18 до 23 лет. Основным местом жительства которых является Томск (на постоянном проживании 20,5%, на временном – 80,1%). Большинство опрошенных студентов информировано о том, что описторхоз вызывается плоским червем 71,4%, меньшая часть считает, что описторхоз вызыва-

ет круглый червь (22,4%), остальные, что простейшим и вирусом (4,3 и 1,9% соответственно). Также студенты знают о том, что описторхозом можно заразиться алиментарным способом (верно ответили 95,7%, неверно – контактным ответили 4,3%), употребляя пресноводную рыбу (95% опрошенных, и 5% считают, что морскую рыбу). Тем не менее около половины студентов купаются в открытых водоемах (54%), употребляют речную слабосоленую или полукопченую рыбу (44,1%) и не используют отдельные ножи и разделочные доски для продуктов (54%), также 21,1% студентов употребляет рыбную «строганину», остальные не купаются в открытых водоемах (46%), не употребляют слабосоленую или полукопченую рыбу (55,9%), используют отдельный кухонный инвентарь (46%) и не употребляют строганину (78,9%). У студентов был выявлен высокий уровень знаний по минимальному времени приготовления рыбы: при варке рыбы ответили 10 мин (1,2%), 15 мин (13%), 20 мин (43,5%) и 30 мин (42,2%), при жарке рыбы в масле 10 мин, 15 мин, 20 мин и 30 мин ответили соответственно 9,3%, 31,1%, 35,4% и 24,2%. Важно отметить, что большая часть студентов не знает, что личинки описторха можно уничтожить при длительной заморозке (68,9% ответили нельзя, 31,1% ответили, что можно).

Выводы. Выявлено, что студенты всех факультетов и курсов СибГМУ достаточно информированы об описторхозе и его мерах профилактики. Но небольшое количество студентов недостаточно осведомлены о мерах профилактики описторхоза, поэтому нужно проводить санитарно-просветительские мероприятия среди студентов.

Колоколова Е.В.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМ ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

Актуальность. В последние годы около 20% пациентам клиник СибГМУ – жителям азиатской популяции Сибирского Федерального

Округа оказывается высокотехнологичная медицинская помощь. Анализ данных литературы указывает на необходимость отдельного рассмо-

трения особенностей диагностики и проявлений метаболического синдрома (МС), его влияния на повседневное качество жизни (КЖ) у этого контингента лиц, подвергшихся стремительному влиянию урбанизации и переходу на европеоидный тип питания.

Цель. Изучить значение антропометрических показателей – индекса массы тела (ИМТ), отношения обхвата талии к росту (ОТ/Р, в условных единицах) в диагностике МС и их взаимосвязь с КЖ.

Материалы и методы. Одномоментное выборочное обследование проведено у 29 практически здоровых женщин (средний возраст 35,2 года) тувинцев, находящихся по уходу за детьми в клинике СибГМУ.

Для оценки компонентов МС пациентам в стационаре проводили измерение веса, роста, артериального давления (АД). Ожирение диагностировали при ИМТ ≥ 30 кг/м² – величине, которая наиболее часто используется в диагностике МС.

У 23 (79,5%) пациентов основной группы из 29 присутствовали 2 компонента МС – наличие гипергликемии натощак и повышение систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в пределах высокого нормального или периодически в пределах артериальной гипертензии 1 степени. У остальных 6 (20,5%) пациентов была нормогликемия и оптимальные цифры САД и ДАД, они составили контрольную группу.

Оценка КЖ – субъективного восприятия МС, проведена с помощью опросника MOSSF-36. Исследовано состояние физического (физическое функционирование (PF); «ролевое» функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее

состояние здоровья (GH)) и психического здоровья (жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); «ролевое» функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH)). Обработка данных опроса проводилась с помощью программы калькулятора в Microsoft Excel.

Результаты. Исследование показало, что у 6 пациентов контрольной группы при ИМТ в среднем 23,3 кг/м² и индексе ОТ/Р 0,43 усл.ед., показатели КЖ в среднем составили PF (97), RP (100), BP (100), GH (92), VT(78), SF (94), RE(100), MH (84) баллов. У 14 пациентов основной группы при отсутствии ожирения по ИМТ – средний ИМТ 28,1 кг/м² и индексе ОТ/Р 0,50 усл.ед., показатели КЖ в среднем составили PF (67), RP (70), BP (100), GH (77), VT(75), SF (90), RE(83), MH (81) баллов. У остальных 9 пациентов основной группы при ИМТ в среднем 32 кг/м² и индексе ОТ/Р 0,53 усл.ед., показатели КЖ составили PF (56), RP (44), BP (100), GH (71), VT(74), SF (92), RE(78), MH(80) баллов.

Выводы. Наибольшая разница в КЖ среди пациентов группы контроля и пациентов основной группы была выявлена по показателям PF, RP, GH. Установлено, что среди пациентов основной группы без ожирения по ИМТ, но с повышенным индексом ОТ/Р (0,50 усл.ед.) по сравнению с контрольной группой уже отмечается снижение КЖ по этим параметрам. Это позволяет отнести индекс окружность талия/рост к более чувствительному показателю в диагностике МС у этого контингента пациентов, а также объяснить выявленное у них снижение КЖ и важность первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний обусловленных им, прежде всего, путем формирования здорового образа жизни.

Коломиец В.В., Панчишко А.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА МАГНИЯ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Цель: оценка влияния приема препарата магния на степень дисфункции эндотелия (ДЭ), суточный профиль артериального давления (АД), липидный спектр крови, степень бронхиальной обструкции у больных ЭГ в сочетании с ХОБЛ с дефицитом магния.

Методы. 50 больных ХОБЛ I-II стадии в сочетании с ЭГ II стадии включены в основную

группу. 30 практически здоровых добровольцев – в группу контроля, 30 больных ЭГ II стадии без ХОБЛ – в группу сравнения. Баланс магния исследовали в условиях перорального магний-толерантного теста (МТТ) с приемом аспаркама в дозе 0,15 ммоль магния на 1 кг массы тела. У лиц с превышением исходной концентрации магния на 240-й минуте МТТ из-за неспособ-

ности систем регуляции эффективно выводить избыточный магний диагностировали дефицит магния. До и после приема препарата Магне-В6 в дозе 0,15 ммоль/кг массы тела в сутки в течение 3 недель на фоне терапии лозартаном и амлодипином, с целью поддержания уровня АД <140/90 мм рт. ст.) и лазолваном оценивали объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), максимальные объемные скорости в момент выдоха 25% ФЖЕЛ (МОС25%), 50% ФЖЕЛ (МОС50%), 75% ФЖЕЛ (МОС75%), при суточном мониторинге АД (СМАД) среднесуточные уровни (ССУ) систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), степень ночного снижения (СНС) АД, ДЭ по изменению диаметра плечевой артерии (ДДПА) на фоне реактивной гиперемии (РГ) при доплерографии и по концентрации нитритов (NOx) в плазме крови, концентрации холестерина (ХС) общего (ОХС), ХС липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ).

Результаты. Дополнительный прием магния коррегировал состояние его обмена – скорость элиминации нагрузочной магниемии возросла ($p < 0,05$) почти вдвое. Снизились ССУ АД (на $6,1 \pm 1,5\%$), СНС САД ($4,2 \pm 1,4$ мм рт. ст.). Уменьшилось число пациентов с нарушенным суточным профилем АД non-dipper ($p < 0,01$), уменьшилась вариабельность АД. Увеличились прирост диаметра ПА – на $29,0\%$ ($p < 0,05$) и концентрация нитритов в плазме крови с $48,1 \pm 2,9$ до $68,2 \pm 2,5$ мкмоль/л ($p < 0,01$). Более выраженные изменения показателей СМАД отмечались у больных с уменьшением ДЭ. ОФВ1 увеличил-

ся на $19,0\%$ ($p < 0,001$). У больных с сочетанием ЭГ и ХОБЛ бронхиальная обструкция характеризовалась нарушением проходимости не только мелких, но и крупных бронхов, (МОС25% в 2 раза меньше, чем у пациентов с ЭГ ($p < 0,05$)). Между уровнем АД и величиной МОС25% у больных ЭГ в сочетании с ХОБЛ выявлена умеренная, но достоверная корреляционная связь ($r = -0,51$; $p < 0,05$), как и между величинами ДДПА на фоне РГ и МОС25% ($r = +0,347$; $p < 0,05$). Улучшение бронхиальной проходимости произошло преимущественно за счет дилатации крупных бронхов. Величина МОС25% возросла на $13,3\%$ ($p < 0,001$), МОС50% – на $7,9\%$, ($p < 0,05$), МОС75% – всего на $7,1\%$ ($p < 0,001$). Уровень ОХС плазмы крови снизился на $20,5\%$ ($p < 0,05$), ХС ЛПНП – на $31,7\%$ ($p < 0,05$), ТГ – с $1,58 \pm 0,08$ до $1,35 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,05$), ХС ЛПВП возрос с $0,90 \pm 0,03$ до $1,08 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$). Между величиной, на которую уменьшились показатели ОХС и ХС ЛПНП, и величиной снижения степени ДЭ выявлена достаточно тесная положительная связь ($r = +0,487$, $p < 0,05$ и $r = +0,653$, $p < 0,01$). Между сдвигом показателей ХС ЛПНП и ОФВ1 отмечена достоверная корреляционная связь ($r = +0,449$).

Выводы. У больных ЭГ с сопутствующей ХОБЛ прием препарата магния, устраняя его дефицит, улучшает липидный спектр крови, увеличивает синтез эндогенного оксида азота, уменьшает ДЭ, что сопровождается улучшением клинического течения ЭГ и увеличением бронхиальной проходимости.

Комаревская Е.В., Макарова Н.Я.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ОКТЕНИДОЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Актуальность темы. Полость рта человека представляет собой уникальную эколо-гическую систему для самых разнообразных микроорганизмов. Агрессивность микробной среды в полости рта постоянно побуждает к совершенствованию средств защиты от нее, а также поиску и разработке новых антибактериальных препаратов.

Цель – оценить микробиологическую эффективность использования в комплексном лечении генерализованного пародонтита антисептического препарата «Октенидол».

Материалы и методы. Исследование микрофлоры пародонтального кармана проведено у 57 больных с диагнозом хронический генерализованный пародонтит I и II степеней тяжести, до антисептической обработки и после, а также по окончании курса лечения. Обработка проводилась методом двукратного промывания пародонтальных карманов из шприца с тупой иглой раствором антисептического препарата «Октенидол» в разведении 1: 10 у больных пародонтитом. Экспозиция препарата составляла 3 минуты. В процессе лечения пациентам рекомендовалось

ежедневное, в течение 10 дней, двукратное полоскание ротовой полости раствором антисептика в течение 2-3 минут после гигиенических процедур чистки зубов. Забор материала для микробиологического исследования проводился утром натощак, до процедуры чистки зубов. Посев материала выполняли секторальным методом на чашки Петри с 5% анаэробным гемагаром, приготовленным на основе Brain-Heart Agar фирмы Difco (USA) с добавлением стимуляторов роста анаэробных бактерий – гемина (5 мг/л) и менадиона (0,1 мг/л).

Результаты исследования. Установлено, что на долю облигатно – анаэробных и микроаэро-

фильных микроорганизмов приходилось свыше 2/3 выделенных видов, среди которых встречались: *Fusobacterium* spp. (63,3%), *Actinomyces naeslundii* (56,8%), *Actinobacillus actinomycetem comitans* (49,6%), *Streptococcus intermedius* (71,9%), *Prevotella melaninogenica* (77,7%), *Prevotella intermedia* (71,2%), которые являются пародонтопатогенными.

Выводы: на основании данных микробиологического исследования продемонстрирована целесообразность применения антисептического препарата «Октенидол» в комплексном лечении генерализованного пародонтита.

Комисаренко Э.Э.², Денисов В.К.^{1,2}, Ильина А.С.²

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ. КЛЮЧЕВЫЕ СООБРАЖЕНИЯ

Цель: определить основные посылы обществу, обосновывающие необходимость развития донорства и трансплантации органов.

Материалы и методы: современное состояние трансплантации органов изучено по материалам периодической печати и отчетам Донецкого трансплантационного центра.

Результаты: трансплантация органов используется при опасных для жизни заболеваниях, когда восстановление здоровья пациента другими методами лечения невозможно. Наиболее частыми показаниями для трансплантации являются терминальные стадии хронических заболеваний почек, печени, легких, сердца, поджелудочной железы. Трансплантация органа может быть выполнена только при согласии пациента на эту операцию, его готовности пройти необходимые исследования, отсутствии противопоказаний, готовности больного принимать необходимые медикаменты после пересадки. Ключевой проблемой трансплантологии является донорское обеспечение. Согласно современному законодательству купля-продажа органов запрещена. Изъятие одного из парных органов или части органа у живого донора с его согласия возможно только в случае, если он находится в родственной связи с реципиентом. Посмертное донорство осуществляется на основе волеизъявления. При жизни каждый взрослый дееспособный человек может высказать согласие или несогласие быть донором в случае его смерти. Если такое заявление не сделано, то согласие на посмертное донорство могут дать родственники, проживавшие вместе с пострадавшим до

его смерти. Критерием смерти человека является смерть его мозга. Смерть мозга означает полную и необратимую утрату его функции. В настоящее время в мире посмертное донорство обеспечивает 60% трансплантаций почек, 80% трансплантаций печени, поджелудочной железы и легких, 100% трансплантаций сердца. Остальные трансплантации выполняют от родственных доноров. Родственное донорство не приводит к инвалидности. Ежегодно выполняют 140 тысяч трансплантаций органов, в том числе более 90 тысяч трансплантаций почек, 30 тысяч трансплантаций печени, 20 тысяч трансплантаций сердца, легких, поджелудочной железы, кишечника. Количество трансплантаций органов в экономически развитых странах (например, США, Австрия, Испания) доходит до 100 пересадок на 1 миллион жителей. Одним из самых важных факторов, влияющих на распространенность органного донорства и трансплантаций, является отношение к этому вопросу общества, в том числе средств массовой информации, общественных организаций, церкви. Отношение к трансплантации органов является критерием зрелости общества. Многие политики и известные люди дают согласие быть донором в случае своей смерти. Главный смысл практически всех религиозных воззрений состоит в моральном оправдании и поддержке всего, что связано с трансплантацией, если это не нарушает достоинство донора. Потенциальными донорами являются пациенты с доминирующими тяжелыми поражениями головного мозга вследствие травм или заболеваний, у которых отсутствуют ВИЧ и

злокачественные заболевания. Очень важным в донорском процессе является фактор времени, особенно если у умершего отсутствует сердечная деятельность. В этом случае изъятие и консервация органов должны быть выполнены в максимально короткое время (10-20 минут). Качество жизни после трансплантации быстро восстанавливается и мало чем отличается от качества жизни здорового человека. Во многих странах мира на государственных уровнях развернуты масштабные информационные кампании, касающиеся трансплантации органов и органного донорства. Их проводят среди учащихся, отдельно для разных возрастных групп, представителей

религиозных конфессий, социально малообеспеченных людей, представителей национальных меньшинств, других социальных групп. Такая тактика дает результаты, и является примером для повсеместного внедрения

Выводы. Трансплантация органов – это эффективный и хорошо отработанный метод лечения, позволяющий на законных основаниях обеспечить пациентам долгосрочную и полноценную реабилитацию. Современное общество должно осознавать, что донорство органов – это единственный путь сохранить жизнь больным с тяжелыми органодеградирующими заболеваниями.

Корбан Е.Л.

КУ «Городская Больница № 25 г. Донецка»

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ НА РАБОТУ УЧРЕЖДЕНИЙ КИРОВСКОГО РАЙОНА Г.ДОНЕЦКА

Актуальность.

В данной работе рассматриваются современные проблемы, которые были вызваны опасной коронавирусной инфекцией, в деятельности стационарных отделений и амбулаторно-поликлинических служб, на примере Кировского района г. Донецка.

В современной жизни серьезные коррективы в рабочий ритм лечебных учреждений района внесла пандемия (эпидемия) новой коронавирусной инфекции (далее COVID-19), с которой впервые столкнулся весь мир, и которую Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отнесла к особо опасной инфекции, что и сформировало особые требования к работе всех лечебных учреждений в новых, сложных условиях. Рассматривая работу в лечебных учреждениях Кировского района, основными задачами, направленными на борьбу и предупреждение возникновения COVID-19 явились:

- введение и соблюдение жестких карантинных мероприятий;
- ограничение оказания медицинской помощи диспансерным больным;
- временный запрет (ограничение) на госпитализацию в стационарные отделения плановых больных и др.

Результаты.

Следствием работы в условиях проведения карантинных мероприятий, соблюдения ограничительных мер для предупреждения и профилактики COVID-19, явилось ожидаемое снижение эффективности работы всех структурных подразделений лечебных учреждений.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях: снизилась посещаемость в поликлинику, уменьшился показатель охвата проф. осмотрами женщин, снизился показатель охвата населения обследованием на туберкулез всеми методами, недостаточное использование возможностей лечения в дневных стационарах и стационарах на дому. Так же, в связи с пандемией, снизилась эффективность и результативность деятельности стационарных отделений. Отрицательное влияние оказало проведение временного запрета на прием плановых больных, на проведение плановых операций, что коренным образом изменило режим работы пульмонологических, травматологических, офтальмологических отделений.

Выводы.

На основании изложенной информации в части деятельности стационарных отделений можно отметить, что улучшение эффективности работы будет возможным только при восстановлении и возврату к прежнему режиму работы. Необходимо постоянное проведение внутреннего контроля организации и качества медицинской помощи на всех этапах в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (далее – МЗ ДНР) от 21.12.2015 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества медицинской помощи». В период пандемии неотъемлемой частью является проведение работы в стационарных отделениях по маршрутизации пациентов, и организовать её в соответствии с требованиями нормативных документов МЗ ДНР, с учетом работы

в условиях повышенной готовности, введения ограничительных и карантинных мероприятий по COVID-19. Однако, при этом необходимо продолжать работу над улучшением качества оказания стационарной помощи населению района, своевременному проведению необходимого

объема диагностических исследований, назначению лечения с учетом требований утвержденных унифицированных клинических протоколов (локальных клинических протоколов) по профилю заболевания.

Косенкова-Дудник Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАСТАВЛЕНИЯ В ЛАТИНСКИХ АФОРИЗМАХ

Афоризм не доказывает, не аргументирует, а воздействует на сознание оригинальной и, по возможности, краткой формулировкой мысли. В «крылатых» изречениях (метафора «крылатое выражение» принадлежит Гомеру: ἔλα πτερόεντα προσηύδα – «слова, вылетающие из уст говорящего»), наделенных глубоким смыслом, и переданных нам античными врачами через века, сформулированы многие этические принципы медицины. Выдающиеся врачеватели Античности изложили в афоризмах назидания по лечению и уходу за больными, по сохранению и поддержанию состояния здоровья, охарактеризовали требования к моральным качествам врача.

Согласно деонтологическим нормам как античной, так и современной медицины врач должен приносить больному пользу и не вредить: «Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Одно из девяти этических обязательств «Клятвы Гиппократата (Hippocratis iusiurandum)» нашло отражение в латинских афоризмах: «Primum non nocere, seu noli nocere, seu cave ne laedas» – прежде всего – не навреди, или бойся, чтобы не навредить; «Ne noceras, si iuvare non potes» – не вреди, если не можешь помочь.

Одна из неотъемлемых задач медицины – профилактика заболеваний и оздоровление населения – была сформулирована врачами Древней Греции и усовершенствована римлянами, о чем свидетельствуют латинские изречения: «Est medicina triplex: servare, cavere, mederi» – задание медицины тройное: оберегать (от болезней), предупреждать, лечить; «Facilius est morbos evitare, quam eos curare» – легче болезни предупредить, чем их лечить; «Principiis obsta, sero medicina paratur, cum mala per longas convaluere moras» – противодействуй (болезни) в начале, поздно думать о лекарствах, когда болезнь укоренилась от долгого промедления.

Гиппократ и античная медицина в целом особо подчёркивала важность своевременной диагностики, понимая, что раннее выявление болезни, способствует правильному назначению терапии: «Bene dignoscitur, bene curatur» – хорошо распознается, хорошо лечится; «Ignolli nulla curatio morbi» – нельзя лечить нераспознанную болезнь. Злободневно звучит требование устранять прежде всего причины заболеваний: «Sublata causa, tollitur morbus» – устрани причину, тогда пройдет и болезнь. Его актуальность тем более значима, что и поныне некоторые полагают правильным совсем ошибочное выражение – «Non interest, quod morbum faciat, sed quod tollat» – не важно, что вызывает болезнь, важно, что ее устраняет.

При оценке состояния больного для правильного диагноза немалую роль играет внешний вид пациента – «habitus aegroti». И здесь важно не допустить ошибку, о чем свидетельствует латинское изречение «Florens habitus non semper nota valetudinis est» – цветущий внешний вид не всегда признак здоровья.

Греки и римляне уделяли больше внимание своему здоровью и физическому развитию, больше того, некоторые врачи Древней Греции, полагали, что причиной всех болезней является чрезмерное питание. Наблюдения античных медиков, позволили сделать вывод, что переизбыток не только вредит здоровью и отражается на внешнем виде человека, но и ограничивает его духовные потребности и запросы: «Сориа ciborum subtilitas animi impeditur» – избыток пищи мешает тонкости ума; «Plenus venter non studet libentur» – сытое брюхо к учению глухо.

Приведённые примеры показывают, насколько важно изучение латинской афористики способствующей повышению общекультурного уровня студентов, формированию компетентности будущего врача, развитию его нравственных и моральных качеств.

Косов А.А., Шевченко А.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Проблема электролитных нарушений зачастую рассматривается в контексте течения хронической сердечной недостаточности. Рядом авторов выявлена корреляция между уровнем электролитного баланса и течением как раннего, так и позднего постинфарктного периода. У пациентов с инфарктом миокарда гипонатриемия развивается, главным образом, из-за чрезмерной или несоответствующей секреции вазопрессина, которая возникает в ответ на неосмотические раздражители. К неосмотическим раздражителям относят следующие состояния: острое развитие дисфункции левого желудочка, боль и тошноту, кроме того, в роли неосмотических раздражителей могут выступать лекарственные вещества (анальгетические препараты, диуретики). Доказано, что для гипонатриемии характерен более высокий класс Killip. Было установлено, что при гипонатриемии развиваются следующие изменения: повышается уровень СК-МВ, отмечается значительная элевация сегмента ST. Важно отметить, что гипонатриемия способствует развитию ряда осложнений, к которым относятся остановка сердца, застойная сердечная недостаточность, аритмии, атриовентрикулярные блокады, летальный исход. Таким образом, можно сделать вывод, что гипонатриемия у пациентов с инфарктом миокарда является предиктором неблагоприятного исхода. Уровень натрия в сыворотке может служить простым биохимическим маркером для выявления пациентов с более высоким риском развития неблагоприятных осложнений.

Цель. Оценить возможные электролитные нарушения у пациентов в раннем постинфарктном периоде, сопоставить полученные данные с результатами современных научных исследований.

Материалы и методы. В настоящем исследовании были использованы данные электролитного баланса 56 пациентов в раннем постинфарктном периоде.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 61,5 лет. Среди них – 36 мужчин (64,2%), средний возраст составляет 58,4 лет и 20 женщин (35,8%), средний возраст – 69,5 лет. У 25 (44,6%) мужчин наблюдалась гипонатриемия, у 13 (23,2%) – гипернатриемия. У 7 (28%) женщин наблюдалась гипонатриемия, у 6 (46%) – гипернатриемия. Гипомагниемия наблюдалась в 16 (28,5%) случаях, гипермагниемия – в 3 (5,4%) случаях, среди них гипомагниемия была выявлена у 7 (43,7%) женщин и у 9 (56,3%) мужчин. Гипокалиемия была выявлена у 4 (7,1%) больных, гиперкалиемия – у 20 (35,7%) пациентов. Среди женщин гиперкалиемия наблюдалась у 7 (35%) пациенток, гипокалиемия у 2 (50%). Среди мужчин гиперкалиемия была выявлена у 13 (65%) лиц, гипокалиемия у 2 (50%) лиц.

Выводы. В результате анализа данных проведенного исследования было выявлено, что наиболее частым электролитным нарушением в раннем постинфарктном периоде является гипонатриемия (44,6%). Аналогичные данные приводятся в современных научных исследованиях. Кроме того, нами было выявлено, что у 12,5% пациентов отмечались сочетанные нарушения электролитного профиля. В последствии данные изменения могут оказывать негативное влияние на лечение, реабилитацию и качество жизни пациентов. С целью предупреждения ряда нежелательных осложнений, является актуальным исследование электролитного профиля у пациентов с патологиями сердечно-сосудистой системы.

Костенко В.С., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Кабанько Т.П.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО) МЗ ДНР

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) относится к наиболее распространенной печеночной патологии среди будущих мам и явля-

ется одним из самых тяжелых осложнений беременности. ХГБ – это состояние, при котором клетки печени не справляются со своей функци-

ей. В большинстве случаев болезнь дает о себе знать на сроке от 28 до 34 недель беременности. Ведущим симптомом этой патологии является кожный зуд. В биохимическом анализе крови, на наличие заболевания указывает повышение некоторых специфических ферментов: щелочной фосфотазы (ЩФ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), а также билирубина. Традиционная медикаментозная терапия гепатоза заключается в назначении препаратов, улучшающих отток желчи. (хофитол, гепабене и другие лекарственные средства растительного происхождения), а также гепатопротекторов (гептрал и другие)), которые помогают защитить клетки печени восстанавливают работу печени и снимают симптомы гепатоза. Дозировка подбирается индивидуально в зависимости от тяжести состояния пациентки. Под нашим наблюдением, в отделении акушерской интенсивной терапии ДОКТМО, находились 25 беременных женщин в возрасте от 22 до 36 лет, со сроком беременности от 29 до 36 недель беременности, у которых наблюдалось тяжелое течение гепатоза на фоне проводимой традиционной медикаментозной терапии (уровень общего билирубина превышал показатель нормы, в среднем, в $2,8 \pm 0,3$ раза; уровень ЩФ – в $2,8 \pm 0,2$ раза, уровень АЛТ – в $6,3 \pm 0,3$ раза, уровень АСТ – в $5,7 \pm 0,4$ раза). Учитывая отсутствие положительной динамики от проводимой

медикаментозной терапии у пациенток с ХГБ, в программу терапии тяжелого гепатоза беременных был добавлен курс плазмафереза (ПФ), включающий, в среднем, 3 сеанса, с интервалом в 48 часов. Всем беременным были выполнены сеансы проточного, фильтрационного ПФ по одноигольной схеме подключения на аппарате АПФ-1 «Гемофер», плазмофильтр ПФМ-800 с плазмоексфузией -700мл за один сеанс, замещение осуществлялось за счет кристаллоидных растворов. Осложнений по ходу сеансов ПФ не наблюдалось. После проведения курса плазмафереза на фоне традиционной медикаментозной терапии, у всех беременных отмечался регресс лабораторных маркеров тяжелого гепатоза. Так, уровень общего билирубина у всех наблюдаемых беременных стабилизировался в пределах диапазона нормы; уровень ЩФ, в среднем, снизился – в $2,1 \pm 0,2$ раза, уровень АЛТ – в $5,6 \pm 0,3$ раза, уровень АСТ – в $4,1 \pm 0,2$ раза от исходных показателей.

Таким образом, включение в программу традиционного медикаментозного лечения тяжелого гепатоза беременных, курса плазмафереза способствовало повышению эффективности проводимой терапии, регрессу симптоматики данной акушерской патологии, что позволило пролонгировать беременность и завершить беременность в срок.

Костяков Д.В., Зиновьев Е.В., Солошенко В.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АТМОСФЕРНОЙ ПЛАЗМЫ НА РАЗРАБОТАННОЙ МОДЕЛИ ОЖОГА III СТЕПЕНИ

Введение.Повышение эффективности местного лечения ожоговых ран с использованием физических методов воздействия, основанных на воздействии низкотемпературной атмосферной плазмы дугового разряда.

Цель исследования.Оценить эффективность применения низкотемпературной атмосферной плазмы дугового разряда при лечении ожогов III степени (МКБ 10).

Материалы и методы.В настоящем исследовании используются результаты применения низкотемпературной атмосферной плазмы на 44 мелких лабораторных животных.Общая продолжительность эксперимента составляет 40 суток. Все манипуляции с животными осуществляли в строгом соответствии с положениями Хель-

синской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Ожоги III степени (МКБ 10) моделировали по собственной оригинальной методике (рационализаторское предложение ВМедА №14287/1 от 19.01.2016 г.). Все животные были разделены на 4 группы исследования в зависимости от метода лечения: первая группа (контроль) без лечения, вторая – влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков, третья группа – повязки с многокомпонентной антибактериальной мазью левомеколь, четвертая группа – обработка послеоперационных ран низкотемпературной воздушной плазмы дугового разряда атмосферного давления, формирование нанослойной пленки.

Результаты и обсуждение. Анализ динамики

заживления ожоговой раны позволил установить, что под воздействием заряженных частиц полное восстановление целостности кожного покрова за счет процессов вторичного натяжения наступало на 18 сутки исследования, что на 49% ($p < 0,05$) по сравнению с контролем (35 суток). При использовании повязок с растворами антисептиков и мазью левомеколь контракция дефекта отмечена на 28 и 24 сутки наблюдения, соответственно. Ожоговые раны облигатно контаминированы широким спектром патогенной микрофлоры, вызывающим выраженную воспалительную реакцию и как следствие, осложненное течение раневого процесса. За все время эксперимента было зафиксировано 9 случаев развития осложнений течения раневого про-

цесса в виде гнойного воспаления различной степени выраженности. Наибольшая частота осложнений течения раневого процесса отмечена в группе животных, не получавших лечения, и составила 54,5% ($p < 0,05$). После обработки экспериментальных ран низкотемпературной воздушной плазмой дугового разряда атмосферного давления был зафиксирован единичный эпизод развития гнойного воспаления.

Заключение. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что использование низкотемпературной воздушной плазмы при лечении пострадавших от ожогов, является перспективным методом, позволяющим оптимизировать раневой процесс в зоне дефектов кожи, в том числе и глубокого ожога.

Костямин Ю.Д., Греков И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРИПРОЦЕДУРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА – «БЕЛОЕ ПЯТНО» СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ

Реваскуляризация сердечной мышцы является важным и неотъемлемым этапом лечения больных с острым инфарктом миокарда (ИМ). Однако использование чрезкожных коронарных вмешательств и аортокоронарного шунтирования с целью восстановления кровотока в миокарде сопряжено с возникновением новых случаев ишемического повреждения, которое определяется как перипроцедурный ИМ. Такая патология все чаще характеризуется возникновением осложнений и высокой летальности на госпитальном этапе. Отсутствие ясного представления о влиянии таких осложнений на прогноз пациентов и возможности ранней диагностики, наряду с недостаточно изученными вопросами эпидемиологии и этиопатогенеза, позволяет считать данную проблему одной из наиболее актуальных в современной клинической практике.

Цель работы: Оценить значение патологии в клинической практике врачей кардиологов и кардиохирургов. Осветить общие вопросы терминологии и клинико-диагностических аспектов перипроцедурных инфарктов миокарда, а также особенности ведения таких больных.

Результаты и обсуждение: Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов перипроцедурный инфаркт миокарда относится к четвертому (при этом принято выделять три основных подтипа – «4a тип», который связывают непосредственно с чрезкожным вмешательством, «4b тип», вызванный тромбозом ранее стентированного сосуда и «4c тип», развиваю-

щийся в следствие рестеноза в месте проведения чрезкожного вмешательства на коронарных сосудах) и пятому (связанный с операцией аортокоронарного шунтирования) типу инфарктов. В целом частота встречаемости таких ИМ колеблется до 10%, при этом госпитальная летальность в течение 6 недель после соответствующего вмешательства составляет около 12%. При ИМ 4 типа на повреждение сердечной мышцы указывает значительное изменение профиля тропонинов более чем в пять раз от исходных значений или выше 99 перцентиле от верхней границы нормы. Наряду с этим, важными диагностическими признаками будут являться появление новых свидетельств ишемии на ЭКГ, новые ангиографические находки, согласующиеся с процедурным осложнением (диссекция коронарной артерии, окклюзия, дистальная эмболизация). Основными условиями выявления ИМ 5 типа является повышение значений кардиальных тропонинов в течение 48 часов с момента операции более чем в 10 раз, принимая во внимание 99-й перцентиль верхнего референсного уровня у пациентов с нормальными исходными значениями. У пациентов с повышенными предпроцедурными значениями тропонинов, у которых уровень ферментов стабилен или снижается, постпроцедурные значения сердечных тропонинов должны повышаться на 20% и более. При этом требуется сочетание или наличие таких признаков как формирование новых ЭКГ признаков, ангиографически визуализированная

окклюзия шунта или коронарной артерии, а также доказательство наличия новых участков нежизнеспособного миокарда (в отличие от ИМ 4 типа).

Прежде всего, необходимо выполнять исследование уровня тропонинов до выполнения вмешательства. После проведения вмешательства контроль уровня тропонинов следует осуществлять у всех пациентов, особенно в случае наличия симптомов ишемии. При наличии ишемических симптомов следует повторно выполнить

коронарографию для верификации возможных осложнений и своевременного их устранения.

Выводы: Параллельно с внедрением новых методов лечения ИМ возникает вероятность развития новых случаев специфического повреждения миокарда. Представление о возможном риске развития такой патологии, наряду с клинико-диагностическими особенностями, позволят в значительной мере уменьшить риск возникновения перипроцедурных ИМ и снизить госпитальную летальность у таких больных.

Котранова М.В., Ханбикова Э.Р., Беляева Ю.Н.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Взаимоотношения врача и пациента как субъектов коммуникативного процесса являются актуальным вопросом современного здравоохранения. Врачу любой специальности нельзя обойтись без высокой профессиональной компетенции. Введение в план преподавания студентам-медикам старших курсов занятий по навыкам коммуникации, отработке сложных ситуационных задач, которые включают в себя в первую очередь профессиональное общение в связке «врач-пациент», ведет к формированию должного уровня коммуникативной компетенции выпускников.

Целью исследования является изучение уровня коммуникативной компетентности и профессиональной культуры студентов медицинского вуза как составляющей профессионального имиджа врача.

Материалы и методы. Авторами проведено анкетирование 127 студентов 1-6 курсов всех факультетов ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России (СГМУ) с помощью оригинального он-лайн опросника. Респондентам предлагались вопросы, касающиеся как теоретических, так практических аспектов коммуникации в профессиональной деятельности врача, оценивались такие элементы профессиональной культуры как теоретические воззрения и традиции.

Результаты исследования. Большинство респондентов показали достойный уровень знаний по истории медицины, медицинской этике, деонтологии, философии медицины. Так, подавляющее большинство выпускников правильно трактуют понятия «медицинская этика» (60,6%)

и «биоэтика» (68,5%). Студентам близка модель Гиппократова – «не навреди» (44,9%), на втором месте – принцип биоэтики – «уважения прав и достоинства человека» (25,2%) и модель Парацельса «делай добро» (19,75%). Выяснено, что студенты не только знают, но и читают труды таких выдающихся ученых-медиков прошлых веков как Пирогов Н.И. (51%), Гиппократ (24%), Богомолец А.А. (23%), Павлов И.П. и Боткин С.П. (по 21%), Абу Али Хусейн Ибн Сина (15%). Наиболее цитируемыми студентами афоризмами о здоровье и врачевании стали: «В здоровом теле здоровый дух» (9,45%) «Здоровье дороже золота» (8,66%), «Светя другим, сгораю сам» (7,09%), «Не навреди» (2,4%). Молодые врачи порассуждали об известном каноне великого ученого и врача средневековья Абу Али ибн Сина (Авиценны): «Врач должен быть одет в богатые одежды, носить на руке дорогой перстень..., чтобы думы о хлебе насущном не отвлекали врача от забот о пациенте...». С высказыванием согласны 49,6% респондентов, но четверть (24,4%) считали, что не деньги должны играть первостепенное значение в работе врача, а пятая часть (21,3%) полагали, что самое главное – это помочь больному, не думая о себе. Для повышения профессионального престижа и авторитета врача респонденты предложили увеличить заработную плату (58,2%), улучшить материальное (48,3%) и техническое (73,2%) обеспечение в больницах и поликлиниках, повысить качество последипломного образования (24,6%), перестать создавать негативный образ медработника посредством СМИ (14,3%). Это лишь часть ответов респондентов, но все они характеризуют молодых врачей как достойных преемников тра-

дий российской медицины, обладающих высоким уровнем гуманизации и профессиональной культуры.

Проведенное исследование показало, что подавляющее большинство студентов медицинского вуза имеют высокий нравственный уровень, хорошее знание истории медицины, уважение к традиционным моделям взаимодействия в

сцепке «врач – пациент», понимают важность и необходимость развития у себя навыков коммуникаций, готовы к самосовершенствованию. Необходимо продолжить проведение занятий по формированию коммуникативной компетентности студентов, отработке сложных и конфликтных ситуаций на старших курсах обучения в медицинском вузе.

Коценко Ю.И., Статинова Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Цель: изучить клиничко-неврологические и нейровизуализационные особенности церебрального ишемического инсульта (ЦИИ) у пациентов с сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. Всем пациентам с ЦИИ выполнено комплексное клиничко-неврологическое (шкала инсульта Национальных институтов здоровья (NIHSS) и шкала инвалидизации Рэнкина (mRS)), клиничко-лабораторное (гликемический профиль, гликированный гемоглобин, липидограмма, коагулограмма) и инструментальное обследования (магнитно-резонансная томография головного мозга в ангиорежиме – МРТ-АГ, ультразвуковое дуплексное сканирование церебральных артерий с доплерографией-УЗДГ, электрокардиография и эхокардиография). Среди обследуемых с ЦИИ в исследование отобрано 171 пациент с СД (средний возраст 52,4±4,1 лет), где СД 1 типа (СД1) был у 77 (45%) пациентов, СД 2 типа (СД2) – у 94 (55%) больных. Данные обработаны статистически.

Результаты. После обследования по критериям TOAST преобладал лакунарный вариант ЦИИ при СД1 (28,6±5,1%) и СД2 (43,6±5,1%), без СД чаще атеротромботический (41,1±4,3%). При УЗДГ диагностировали утолщение комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии от 1,1 мм до 2,0 мм при ЦИИ с СД1 (72,7±5,1%), с СД2 (69,1±4,8%) и без СД (64,3±4,2%) и наличие АСБ не более 20% в группе с ЦИИ и СД1 (23,4±4,8%), СД2 (17,0±3,9%) и без СД (26,4±3,9%). У пациентов с ЦИИ была гипертоническая болезнь (ГБ) чаще при СД1 преобладала ГБ 2 стадии легкой степени тяжести (20,8±4,6%), СД2 – ГБ 2 стадии умеренной степени (24,5±4,4%) и без СД умеренная ГБ 3 стадии (25,6±3,8%). По данным ЭКГ в течение первых суток ЦИИ зафиксированы одиночные

экстрасистолы у пациентов с СД1 (14,3±4,0%), СД2 (9,3±3,0%) и без СД (6,2±2,1%), а также пароксизм фибрилляции предсердий с СД1 (9,1±3,3%), СД2 (6,4±2,5%), без СД (3,9±1,7%). В группе с СД1 выявлена выраженная степень тяжести неврологического дефицита (50,6±5,7%) ЦИИ по NIHSS и умеренная степень инвалидизации (54,5±5,7%) по mRS. Для больных СД2 была характерна умеренная степень неврологического дефицита ЦИИ (61,7±5,0%) при легкой степени инвалидизации (60,6±5,0%), у пациентов без СД – умеренная тяжесть (69±4,1%) и легкая инвалидизация (72,1±3,9%). Согласно критериям STRIVE по данным МРТ-АГ у всех пациентов с ЦИИ и СД1 преобладали очаги среднего размера (45,5±5,7%), с СД2 – малые субкортикальные инфаркты (34±4,9%) и без СД – лакуны (67,4±4,1%). Локализация средних очагов при ЦИИ с СД1 (45,5±5,7%) и СД2 (29,8±4,7%) чаще была в проекции внутренней капсулы у 60,3±8,3% и 60,7±9,2% обследуемых, соответственно. У половины пациентов с ЦИИ без СД выявленные очаги среднего размера (9,3±2,6%) чаще определялись в базальных ганглиях. При ЦИИ и СД1 диагностировали крупные очаги в теменно-височной (50±13,4%) и лобно-теменной (35,7±12,8%) областях, реже в теменной (2,6±1,8%). При ЦИИ и СД2 чаще были в лобно-теменной (36,7±14,5%) и теменно-височных (45,5±15%) долях, реже в теменной (18,2±11,6%). У больных без СД крупные очаги чаще были в лобно-теменной (44,4±16,6%) и теменной (33,3±15,7%) долях, реже в теменно-височной (22,2±13,9%). По визуальной шкале Fazekas при ЦИИ описывали единичные очаги (11,7±3,7%), частично сливные зоны (27,3±5,1%) и выраженные сливные очаги (36,4±5,5%) у пациентов с СД1. У больных с СД2 также были единичные сосудистые очаги (16±3,8%), частично сливные

зоны ($33 \pm 4,8\%$) и выраженные сливные очаги ($44,7 \pm 5,1\%$) В группе пациентов с ЦИИ без СД преобладали единичные очаги ($51,9 \pm 4,4\%$), реже частично сливные зоны ($14 \pm 3,1\%$) и выраженные сливные очаги ($11,6 \pm 2,8\%$). При ЦИИ у больных с СД1 из кровообращения выключался бассейн ПМА и СМА, с СД2 чаще СМА.

Выводы. Установлено, что наличие СД на фоне имеющихся факторов развития ЦИИ ухудшал клинично-неврологическую и нейровизуализационную характеристики мозговой катастрофы.

Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Максименко О.Л., Бубликова А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЫСШЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИНА ПРИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Сложившаяся эпидемическая ситуация 2020 года оказалась шоком для мировой системы образования. В связи с распространением эпидемии COVID-2019 и введением карантина, возникла необходимость в незамедлительном переходе на дистанционное обучение. С 2014 года в нашем ВУЗе организован электронный ресурс «Информационно-образовательная среда», который использовался в качестве внеаудиторного самостоятельного дополнительного обучения студентов, интернов, ординаторов, слушателей и врачей-курсантов. Однако, возникшая непредвиденная ситуация способствовала максимальной мобилизации работников сферы образования для создания необходимых и безопасных условий обучения.

Целью дистанционного обучения является предоставление образовательных услуг для усвоения теоретических основ и приобретение умений, которые необходимо освоить дистанционно. Во время организации дистанционного обучения возникали сложности непривычного формата общения с обучающимися, контроле усвоенного материала, проведения экзамена и итогового модульного контроля в цифровой среде. Для этого руководством ВУЗа разработаны новые локальные нормативные акты по организации и методическому обеспечению учебного процесса в новых условиях.

Система компьютерных телекоммуникаций – это живая информационная среда, в которой все участники имеют равные возможности доступа к информационным ресурсам. Учебные занятия при дистанционном обучении проводятся в асинхронном режиме с учетом утвержденного календарно-тематического плана. За короткий период сотрудниками кафедры неврологии и медицинской генетики было организовано дистан-

ционное обучение с включением интерактивных лекций и практических (семинарских) занятий. В дистанционном режиме первичной формой контроля знаний обучающихся является самоконтроль, который возможен при выполнении целевых задач из методических указаний к каждому занятию или использование интерактивного блока с вопросами. В условиях карантинных мер проверка усвоения знаний и умений предусматривает текущий и итоговый контроль в дистанционном режиме на электронном ресурсе «Информационно-образовательная среда» и на экзаменационной платформе (MODEX). Тестирование не может полностью заменить обычные контрольные и самостоятельные работы, но в связи с информационной насыщенностью учебного процесса тестовый контроль позволяет: охватить больший объем содержания темы, быстро установить обратную связь с обучающимися и определить результаты усвоения материала. Итоговый контроль или экзамен осуществляется путем выполнения индивидуальных заданий конструктивного типа, написания эссе при решении ситуационных задач.

Таким образом, использование на занятиях информационно – коммуникационных технологий, технических средств обучения развивает самостоятельность обучающихся, умение находить, отбирать и оформлять материал, расширяет кругозор, позволяет за ограниченное время получить обширный результат. В условиях современной педагогической действительности высшая школа нацелена на модернизацию методического потенциала, что в свою очередь требует глубокого понимания сущности современных теорий обучения, воспитания и проблем, связанных с вопросами их реализации в ВУЗе.

**Коценко Ю.И.¹, Статинова Е.А.¹, Коценко В.П.², Бубликова А.М.¹,
Максименко О.Л.¹, Полторац А.П.³**

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

²Центральная городская больница г. Харьцызска

³ГУ «Антрацитовская центральная городская многопрофильная больница»

«МАСКИ» ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Цель: изучить медицинский профиль пациентов с головокружением и определить нозологическую форму.

Материалы и методы. Обследовано 186 пациентов (женщин – 99, мужчин – 87) в возрасте 19-59 лет (средний возраст 44,7±3,9) с ведущей жалобой головокружение, которые обратились за медицинской помощью в 2019 году. Для обследования применяли клинико-неврологический осмотр с использованием специализированных опросников: краткая шкала симптомов головокружения (VSS-SF), опросник для оценки ограничений из-за головокружения (DHI), лабораторные (общеклинический анализ крови, гликемический профиль, печеночные и почечные пробы), инструментальные (ЭКГ, эхокардиография, холтеровское мониторирование сердца и артериального давления, ультразвуковая и транскраниальная доплерография с дуплексным сканированием церебральных артерий, МРТ головного мозга с ангиографией) и статистические методы. Все пациенты консультированы смежными специалистами (кардиолог, оториноларинголог, психиатр). Все пациенты подписывали информированное согласие.

Результаты. Согласно общепринятой классификации нами головокружение подразделялось на вестибулярное (истинное или системное с поражением центрального и периферического отделов), невестибулярное (несистемное) с нарушением равновесия, липотимиями, синкопальными приступами и на психогенное головокружение. Головокружение было приступообразным (22±3%), кратковременным (15,6±2,7%), длительным (19,9±2,9%), сопровождалось тошнотой (5,9±1,7%), рвотой (1,1±0,8%), гипоаккузией (12,4±2,4%), звоном (28,5±3,3%) и шумом (22,6±3,1%) в ушах. Дополнительно испытываемые предъявляли жалобы на бледность (7±1,9%) и гиперемиию (4,3±1,5%) кожи, гипергидроз (6,5±1,8%), тахикардию (9,1±2,1%), перебои в работе сердца (11,3±2,3%) и нестабильность артериального давления (21±3%). Из анамнеза известно, что в 17,2±2,8% случаев имели место ли-

потимические пароксизмы, в 10,2±2,2% случаев синкопальные нарушения. При неврологическом осмотре выявлены нистагм (57,5±3,6%): горизонтальный (29,9±4,4%), горизонтально-ротаторный (35,5±4,6%), вертикальный (34,6±4,6%) в сторону поражения (67,3±4,5%) и в противоположную (32,7±4,5%) сторону, рефлекторная пирамидная недостаточность (19,9±2,9%), центральные парезы (9,7±2,2%), чувствительные расстройства (11,8±2,4%), бульбарный синдром (5,9±1,7%), мозжечковая (8,1±2%) и вестибулярная (7±1,9%) атаксии. После дообследования и консультации смежными специалистами у пациентов диагностировано следующие нозологические патологии: хронический гнойный отит (10,2±2,2%), лабиринтит (5,4±1,7%), вестибулярный нейронит (1,1±0,8%), болезнь Меньера (2,2±1,1%), доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (1,1±0,8%), невринома VIII нерва (2,7±1,2%), ишемический инсульт в вертебро-базиллярном бассейне (14±2,5%), острая черепно-мозговая травма (5,9±1,7%), вестибулярная мигрень (4,8±1,6%), опухоль ствола головного мозга (1,1±0,8%), дебют рассеянного склероза (7,5±1,9%). Также установлены психо-эмоциональные нарушения (5,9±1,7%), кардиогенные (17,7±2,8%) (постинфарктный кардиосклероз, аритмии) и гематогенные (анемия) (10,2±2,2%) расстройства, ортостатическая гипотензия (3,8±1,4%) и гипогликемические эпизоды (6,5±1,8%).

Выводы. Таким образом, головокружение является одним из ведущих клинических проявлений ряда соматических заболеваний, среди которых ведущие позиции занимает кардиальная патология и заболевания ЛОР-органов. Субъективный характер головокружения нуждается в объективизации с помощью специализированных шкал, дополнительных лабораторно-инструментальных методов и тщательного дифференцированного подходе к диагностике. Среди всех пациентов с головокружением у 66,7±3,5% больных в ходе лечения основного заболевания симптомы головокружения регрессируют.

Кравченко А.В., Труфанов И.М., Рыбалко А.С., Юрченко Н.Н.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В РАЗЛИЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ЗОНАХ

Актуальность проблемы восстановления структур сгибательного аппарата пальцев кисти после повреждения обусловлена следующими факторами. Частота повреждений сухожилий сгибателей при травмах кисти варьирует от 0,96 до 5,5% и они в 15% случаях могут приводить к стойкой инвалидности. Анатомической особенностью кисти является исключительно высокая концентрация взаимоперемещающихся структур. Немаловажными для восстановления сухожилий сгибателей являются знание и понимание особенностей их повреждения в различных анатомических зонах.

1 зона включает в себя ногтевую и среднюю фалангу дистальнее прикрепления сухожилия поверхностного сгибателя. В данной зоне расположен только глубокий сгибатель. Проксимальный конец поврежденного сухожилия зачастую удерживается брыжейкой и смещается незначительно. В случае нахождения проксимальной культы сухожилия в перекресте Кампера показано продление доступа до основной фаланги и вскрытие сухожильного влагалища на уровне 1 крестообразной связки. При разрыве брыжейки проксимальная культя значительно смещается и соответственно возникает необходимость делать дополнительные доступы. При помощи проводника проксимальный конец выводится в первичную рану и накладывается сухожильный шов. При короткой дистальной культе сухожилия показана реинсерция сухожилия.

2 зона (критическая) проходит от дистальной ладонной складки до места прикрепления сухожилия поверхностного сгибателя к средней фаланге. Трудность восстановления сухожилий в этой зоне обусловлена их тесным взаиморасположением, перекрестом в хиазме Кампера и высокой амплитудой движений. Спорным до сих пор является вопрос о восстановлении целостности сухожилия поверхностного сгибателя в этой зоне. Опыт нашей клиники показывает, что шов сухожилия поверхностного сгибателя

в этой зоне неблагоприятен для восстановления функции травмированного пальца – рубцовый блок негативно сказывается на подвижности восстановленных сухожилий.

В 3 зоне, расположенной дистальнее карпального канала до дистальной ладонной складки, сухожилия поверхностных сгибателей расположены впереди от глубоких. В тесной близости к сухожилиям находятся сосудисто-нервные пучки, а между сухожилиями – червеобразные мышцы. При смещении проксимальных концов сухожилий за карпальную связку их следует выделять в нижней трети предплечья и проводить в первичную рану.

4 зона находится на уровне карпального канала. В данной зоне сухожилия сгибателей находятся в тесном взаиморасположении со срединным нервом, что обуславливает их частое сочетанное повреждение. Для обеспечения доступа и профилактики послеоперационных осложнений в некоторых случаях показано рассечение карпальной связки.

В 5 зоне, расположенной проксимальнее карпального канала, нет синовиальных влагалищ. Повреждения в этой зоне, как правило, множественные, сочетаются с травмой магистральных сосудов и нервов. Образование рубцовых сращений между сухожилиями незначительно влияет на объем движений в исходе.

В отличие от 3-х фаланговых пальцев, сгибание ногтевой фаланги 1 пальца обеспечивает только сухожилие длинного сгибателя. Трудность вызывает сложная анатомия канала сухожилия и высокая амплитуда движений в нем.

Таким образом, одной из основных проблем хирургии кисти была и остается проблема восстановления функции сухожилий сгибателей пальцев. Знание анатомических особенностей расположения сухожилий сгибателей в разных зонах является обязательным для хирургов, так как уровень повреждения существенно влияет на выбор тактики лечения.

Кравченко А.В.¹, Труфанов И.М.¹, Кирьякулова Т.Г.², Юрченко Н.Н.², Рудской С.А.²

¹Республиканский травматологический центр, Донецк

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького», г.Донецк

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Опыт полученный врачами хирургических специальностей в условиях локальных конфликтов дал ясно понять, что существует весомая разница в тактике лечения больных с огнестрельными ранениями и пациентов с неогнестрельным характером травм.

Основываясь на опыте нашего центра, полученном в лечении как военнослужащих, так и мирных граждан пострадавших в ходе военного конфликта на Донбассе а так же данных литературы, мы считаем необходимым выделить основные положения по тактике проведения хирургической обработки огнестрельных ран.

Хирургическое лечение большинства огнестрельных ран – это стадийный процесс, включающий два основных этапа, первым из которых является санация и иссечение раны в пределах заведомо нежизнеспособных тканей для исключения присоединения раневой инфекции. Обработанную таким образом рану не ушивают, а через 4-7 дней, после того как экссудативная фаза воспаления утихает и начинается пролиферативный процесс, открытую рану подвергают первично-отсроченному закрытию. Закрытие может производиться наложением непосредственного шва, либо с применением различных видов пластик. Иссечение раны является процессом полного удаления омертвевшей и заведомо повреждённой ткани. В результате такой санации остаётся участок здоровой, хорошо кровоснабжаемой ткани, способный противостоять остаточному поверхностному заражению, при условии что рана остаётся открытой.

Основываясь на опыте Международного комитета красного креста, а так же на опыте врачей отделения микрохирургии конечностей Республиканского травматологического центра г. Донецка необходимо отметить, что как и в любой хирургической тактике, есть исключения. Особое внимание стоит обращать на огнестрельные ранения кисти. Иссечение следует делать экономно, только в пределах нежизнеспособных тканей. Раны данной области, по возможности необходимо закрывать первично для улучше-

ния функционального результата. Тем не менее функционально значимые структуры кисти следует закрывать здоровой тканью посредством использования кровоснабжаемых лоскутов так как в данном сегменте в подавляющем большинстве случаев возникают дефекты, особенно на ладонной поверхности, что обусловлено анатомическими особенностями мягких тканей.

Все огнестрельные раны контаминированы бактериями. Пули и осколки не подвергаются стерилизации перед пуском, а попав в цель, ранящий снаряд вносит бактерии в продельваемый им канал. Учитывая данный факт, принято считать что любые огнестрельные раны инфицированы с момента ранения и для исключения присоединения вторичной инфекции важным этапом при хирургической обработке является создание адекватного дренирование ран и полостей.

Немаловажную роль в лечении огнестрельных ранений играет правильное назначение антибактериальной терапии в раннем послеоперационном периоде. Если имеется возможность, необходимо проводить посев бактериальной культуры для определения чувствительности микрофлоры к тому или иному антибактериальному средству. Основываясь на исследования нашего центра было установлено что в Донецком регионе в условиях военного конфликта наиболее часто огнестрельные ранения контаминированы грамположительными коками (*Staphylococcus aureus*, *S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *S. viridans*) и зная это, назначать антибиотикотерапию необходимо незамедлительно, до момента получения результатов посевов основываясь на эмпирический опыт.

Подводя итоги необходимо отметить что особенностями хирургической обработки огнестрельных ранений является то, что основные этапы, такие как рассечение, иссечение и закрытие раны разнесены во времени и зачастую требуют неоднократного повторения через определённый период времени.

Кравченко А.И.

Республиканский травматологический центр г.Донецк, ДНР

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Цель работы: изучить характер цереброваскулярных нарушений у детей при диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы: Исследования проведены у 60 детей подросткового возраста, находившихся на лечении в НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета, с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника. Для обследования использованы: рентгеноспондилография С1-С7, нейромиография (аппарат – NEUROPACK NINON KONDEW), ультразвуковая доплерография (аппараты – MX600 DIAL PHILIPS), реоэнцефалография (аппараты – Reo Com, Medic XAI).

Результаты исследований: Проведенные исследования сосудов шеи и основания головного мозга показали, что характерным для данной

патологии является дистонический тип кровотока позвоночных артерий, бассейна внутренних сонных артерий, вертебробазиллярного бассейна и затруднение венозного оттока. При нейромиографических исследованиях установлена тенденция к увеличению задержки время проведения импульсов от уровня плечевого сплетения до чувствительных ядер шейного отдела спинного мозга.

Выводы: нестабильность шейного отдела позвоночника является местной реализацией общего патологического состояния – дисплазии соединительной ткани. Клинически проявляется цереброваскулярной дисфункцией, в основе которой, заложена анатомо-функциональная патология экстракраниальных сосудов и центральной нервной системы.

Краснощёких А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ РОЗАЦЕА ПО ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

Цель: унифицировать определение степени выраженности клинических проявлений розацеа при помощи дерматоскопических сосудистых признаков

Материалы и методы. Обследованы 18 больных с розацеа, в т.ч. 15 женщин и 3 мужчин в возрасте от 25 до 60 лет с различными клиническими подтипами дерматоза, из них 10 больных с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом (ЭТП), 6 – с папуло-пустулезным подтипом (ППП), 2 – с фиматозный подтипом (ФП) розацеа. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа DermLite DL4 (3Gen Inc., USA). Оценивали особенности, характер и степень выраженности 2-х сосудистых дерматоскопических признаков: эритемы и телеангиэктазии, выражали в баллах, где 0 баллов – признак отсутствовал, 1 балл – слабо выражен, 2 балла – умеренно выражен, 3 балла – резко выражен. Определяли количество пораженных зон лица (щека левая, правая, нос, лоб, подбородок, веки) с использо-

ванием коэффициента (К), где К 0 – пораженных зон нет, К 0,1 – одна зона поражена, К 0,2 – две зоны поражены, К 0,3 – три зоны поражены, К 0,4 – четыре и более зон поражены. Полученные данные были положены в основу разработки способа определения тяжести розацеа.

Результаты: При оценке площади поражения по зонам, установлено, что у всех больных были поражены 2 и более зон лица, в т.ч. 2 зоны – у 10 (56%) больных, 3 зоны – у 6 (33%) больных, четыре и более зон – у 2 (11%) больных. Степень выраженности эритемы у больных розацеа составила в среднем $2,0 \pm 0,3$ балла, телеангиэктазий – $2,2 \pm 0,9$ балла.

При анализе подтипов розацеа установлено, что при ЭТП 2 зоны были поражены у 8 (80%) больных, 3 зоны – у 1 (10%) больного, 4 и более зон – еще у 1 (10%) больного. Степень выраженности эритемы составила в среднем $2,0 \pm 0,2$ балла, телеангиэктазий – $2,2 \pm 0,4$ балла.

При ППП 2 зоны были поражены у 3 (50%)

больных, 3 зоны – у 2 (30%) больных, 4 зоны – у 1 (20%) больного. Степень выраженности эритемы составила в среднем $1,8 \pm 0,1$ балла, телеангиэктазий – $1,9 \pm 0,2$ балла.

При ФП розацеа у одного больного была поражена одна зона – нос, у второго – 4 зоны. Сте-

пень выраженности эритемы составила в среднем $1,7 \pm 0,3$ балла, телеангиэктазий – $1,9 \pm 0,2$ балла.

Выводы: Выявленные изменения могут иметь дифференциально-диагностическое и прогностическое значение.

Кремлева О.В.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБУЧЕНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

Пандемия COVID-19 и связанные с ней противоэпидемические мероприятия потребовали внесения коррективов в образовательные программы высших учебных заведений, и, прежде всего, перехода преподавания дисциплин в дистанционный формат. Медицинские школы столкнулись с рядом вызовов: затруднения в полноценном соответствии компетентностному подходу, необходимость стремительного освоения дистанционной преподавателями работы со слушателями через посредство он-лайн платформ и недостаточная оснащенность и компетентность слушателей в работе через интернет. Выполнение учебно-производственных планов кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии оказалось в еще более затруднительном положении в связи с невозможностью обеспечить слушателей клиническими демонстрациями на основе законодательных ограничений. Особенности последиplomной подготовки и профессиональной переподготовки психотерапевтов требуют особого внимания в общем объеме учебной программы практическим компетенциям: освоения слушателями методологии и технологий психотерапии и совершенствования личностно-профессиональных навыков психотерапевта. Несмотря на высокую оснащенность образовательного процесса учебного заведения современными образовательными платформами, на практике, исходя из возможностей врачей на местах, для работы со слушателями были выбраны Zoom, academtest и личные преподавательские ресурсы (Google-диск). Поскольку практически все слушатели продолжали работать во время обучения в весьма интенсивном режиме из-за вынужденного переключения на работу с ковид-пациентами, он-лайн трансляция лекций и семинаров из режима *in vivo*

была переведена в формат видеозаписей лекций с одновременной презентацией через Zoom и последующим выкладыванием записей на преподавательский Google-диск. Контроль работы слушателей с лекционным материалом обеспечивался выполнением ими домашних заданий, сформулированных в обращенных к слушателям вопросах и встроенных в текст лекции, а также регулярными автоматизированными тест-контролями. Особые трудности представлял перевод в дистанционный режим практических тренингов навыков управления терапевтическим контактом, сензитивности, эксплорации терапевтических мишеней, специфических техник преподаваемых кафедрой базовых клинических психотерапий (поведенческой, когнитивной, когнитивно-поведенческой, динамической, семейной). Помимо работы слушателей с ситуационными задачами в чате Google-диска эта цель впервые была достигнута по следующей технологии тренинга: 1) краткий он-лайн семинар по методологии выполнения упражнения; 2) моделирование выполнения упражнения преподавателем с «симулированным пациентом» (один из присутствующих на семинаре слушателей); 3) самостоятельная репетиция выполнения навыка слушателем по алгоритму в течение заданного периода времени; 4) видеозапись слушателем отрететированного выполнения навыка с собственным «симулированным пациентом» (чаще всего с коллегой по работе) на видеокамеру телефона в 5 – 7-минутном объеме; 5) предоставление видеозаписи выполнения практического навыка преподавателю по электронной почте; 6) индивидуальная супервизия выполнения навыка преподавателем (соответствие алгоритму, компетентность); 7) обратная связь слушателю в режиме индивидуальной супервизии.

Кремлева О.В.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

РЕКОМЕНДАЦИИ К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ПОДХОДУ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТОЗОВ

Пациенты с психосоматозами диагностируются, согласно МКБ-10, как Психологические и поведенческие факторы, влияющие на физическое состояние. Обоснованием психотерапевтического вмешательства в этиопатогенетические процессы, ответственные за создание и поддержание физических симптомов / расстройства является основательный объем накопившихся данных по биологическим механизмам и эффектам психотерапии, однако количество рандомизированных клинических испытаний (РКИ), и накопленного для мета-анализов количества пациентов, получавших психотерапию в связи с психосоматозами все еще не достаточны. Представленный здесь анализ выводов на основании результатов психотерапии автором более 500 пациентов с различными психосоматозами является эмпирическим и предварительным:

1) Психотерапия показана пациентам с психосоматозами с целью направленного на уменьшение и элиминацию физических проявлений соматического расстройства через посредство мишене-ориентированного влияния на психологические, поведенческие и психосоциальные факторы, влияющие на их генез, поддержание и рецидивирование.

2) Выбор психотерапевтической стратегии в наибольшей мере определяется стадией развития заболевания: чем острее проявления соматического страдания, тем более суппортивен терапевтический подход, хронизация заболевания требует терапевтических интервенций, направленных на профилактику рецидивов и допускает когнитивно-поведенческий / инсайт ориентированный подход.

3) Терапевтическая стратегия должна быть персонализированной, допуская интеграцию психотерапевтических подходов в зависимости от потребностей и ресурсов пациента на каждой стадии течения заболевания, основываясь на известном положении: «Не пациент для метода, а метод для пациента».

4) Наибольшую эффективность и приемлемость пациентом представляет гибкое сочетание подходов динамической суппортивной терапии и когнитивно-поведенческой терапии.

5) Спецификой терапевтического контакта с пациентами, страдающими психосоматозами, является базовый суппортивный подход, основанный на управлении позитивным переносом и гибким фокусом, перемещаемым последовательно от симптомов к межличностным отношениям / проблемам и чувствам, целью которого является укрепление эго-ресурсов пациента.

6) Тактика работы с пациентами включает терпение и поддержку, попытки понять и валидизировать природу дискомфорта пациента, внимание к дискомфорту пациента во время сессии и интерпретации дистрессирующих чувств пациента (напр., на основе их сходства с чувствами в его других взаимоотношениях).

7) Готовность пациента к более конфронтационным стратегиям определяется как низким уровнем тревоги при эксплорации актуальных тем, так и степенью его способности к интроспекции и рефлексии.

8) При повышении тревоги и сопротивления (угроза рецидива!) наиболее приемлемо «отступление» психотерапевтического процесса к суппортивной тактике или временное щадящее удлинение межсессионных интервалов.

Кривенко С.Н., Медведев Д.И.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Республиканский травматологический центр

КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Расширение показаний к оперативному лечению при множественной и сочетанной травме позволяет использовать различные виды фиксаторов при стабилизации переломов костей

верхних и нижних конечностей. В последнее время широкое применение при лечении пострадавших с политравмой нашла концепция system orthopedic damage control.

Результаты лечение множественных переломов длинных костей верхних и нижних конечностей изучены у 255 больных, которые находились на лечении в клиниках Республиканского травматологического центра города Донецка за последние десять лет.

У всех пострадавших нами диагностировано 186 (31,1%) односторонних смежных переломов, 145 (24,2%) двусторонних симметричных и 196 (32,7%) перекрестных переломов разных сегментов. Одновременно переломы трёх и более сегментов наблюдались в 12,0%(72) случаев. У 176 (69%) пострадавших ведущим методом лечения был комбинированный оперативный метод. В 70,6% случаев при лечении 423 переломов диафизов длинных костей верхних и нижних конечностей, выполнялся накостный остеосинтез закрытых косых, поперечных, косо-поперечных и оскольчатых переломов однокостных сегментов (плечо, бедро) и чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации спице-стержневого типа переломов двукостных сегментов (предплечья, голени), независимо от их характера. В 45,7% случаев, при наличии у потерпевших 274 открытых переломов диафизов длинных костей верхних и нижних конечностей, остеосинтез на первом этапе лечения осуществлялся исключительно аппаратами внешней фиксации спице-стержневого типа, независимо от локализации переломов. На втором этапе лечения использовали погружной остеосинтез с применением блокирующего гвоздя или накостной пластины.

Кривенко С.Н., Медведев Д.И.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Республиканский травматологический центр

ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Одной их основополагающих задач, которые стоят перед травматологами при наличии у пострадавших открытых переломов костей конечностей при политравме, является определение тактики лечения открытых переломов костей конечностей, вызванных высокоэнергетическими поражающими факторами. Множественные открытые переломы костей конечностей, возникшие вследствие политравмы, изучены нами у 155 больных, находившихся в клиниках Республиканского травматологического центра города Донецка за последние десять лет. Среди пострадавших мужчин было 108 – 69,7%, в то время как женщин – 47 – 30,3%. Производственные травмы составили 74,8% – 116, быто-

При лечения переломов костей предплечья позитивно зарекомендовал себя, предложенный нами (Патент Украины 8301 А) аппарат спице-стержневого типа с отдельной фиксацией, как открытых, так и закрытых переломов, лучевой и локтевой костей. Данная тактика применена при 75 (12,5%) переломах и переломах-вывихах костей предплечья. В комплексной терапии применялись препараты гидроксиэтилкрахмала (Рефортан, Стабизол) в дозировке 4-5 мл на кг массы тела. Применение Инфезола 100 способствовало оптимизации репаративной регенерации и профилактике стрессовых эрозивно-язвенных поражений ЖКТ.

Анализ результатов лечения больных с множественными диафизарными переломами длинных костей верхних и нижних конечностей при политравме, свидетельствует о том, что комплексная терапия тяжелой травмы, с применением комбинированного метода лечения и многоэтапной тактики хирургических вмешательств – концепция system orthopedic damage control – (106-60,9%) по четким показаниям, в большинстве случаев (97-91,5%) обеспечило достижение удовлетворительных результатов лечения. Процент осложнений снижен до 6,8%. Инвалидность составила 5,7% (10), причём большинство из них (6-3,4%) были признаны инвалидами третьей группы. Летальные исходы составили 0,8% (2) случаев, что было связано с массивностью травмы опорно-двигательного аппарата.

вые 25,2% -39. Чаще травмам были подвержены сегменты нижних конечностей (90,9%-141), в то время как верхние конечности подвергались травмам в 9,1% (14) случаев. По характеру открытые множественные переломы длинных костей конечностей в 26,5% (41) случаев были многооскольчатые, в 63,2% (98) случаев нами диагностированы первичные отрывы и размоложение на протяжении конечностей, а в 10,3% (16) отмечен дефект костной и мягких тканей сегментов нижних или верхних конечностей. При оказании помощи пострадавшим с множественными открытыми переломами длинных костей конечностей решались три основные задачи: срочная остановка кровотечения; вос-

становление АД и кровотока; восстановление кислородной емкости крови и оксигенации тканей. Введение коллоидных и кристаллоидных объемозамещающих растворов осуществляли под контролем показателей Нв, Нт, не снижая их ниже 100г/л и 32% соответственно. О состоянии микроциркуляции судили по разности гематокритных показателей венозной и капиллярной крови, кожно-ректальному температурному градиенту, поминутному диурезу. За счет переливания эритроцитарной массы восстанавливали кислородный объем крови. С целью восстановления диуреза назначали осмодиуретики (1мл/кг/час). В последующем контролировали суточный водный баланс, общий белок, уровень Нв, Нт, коагулограмму. Устойчивая компенсация функции сердечно-сосудистой системы, системы дыхания, как правило, наступала через 6 – 8 часов, что позволяло начать хирургическое лечение травмированных. При переломах костей голени, сопровождающихся значительной травматизацией мягких тканей, надкостницы и на-

личием полностью скелетированных отломков, лишённых кровоснабжения, проводили первичную сегментарную резекцию с последующим замещением костного дефекта по Илизарову. При открытых переломах верхних конечностей на первых этапах мы проводили первичную хирургическую обработку открытого перелома и фиксировали его спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации. Вторым этапом проводилась окончательная реконструкция верхней конечности с фиксацией отломков на костных пластинами. Следует отметить, что мы считаем необходимым строго индивидуальный подход в каждом конкретном случае лечения открытых переломов костей конечностей у пострадавших с политравмой. Применение индивидуальной тактики лечения тяжелых множественных открытых переломов (первичная реконструкция, двухэтапный остеосинтез) у больных с политравмой является, на наш взгляд, наиболее предпочтительной для достижения удовлетворительных результатов лечения.

Кривоносова Я.Е.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Сегодня трансплантология стала областью медицины, которая охватывает в себе достижения хирургии, анестезиологии, фармакологии и других медико-биологических наук. Трансплантация органов и тканей человека как метод лечения имеет большое социальное значение, поскольку позволяет не только продлить жизнь реципиента, но и обеспечить её более высокий и качественный уровень. В то же время, нет такой же области в медицине, где так ярко сфокусировались проблемы морально-этического порядка, как в трансплантологии.

Трансплантация органов, тканей или других анатомических материалов человека неоднократно ставала предметом исследования различных ученых как в области медицины, так и в области юриспруденции. Морально-этические проблемы трансплантации исследовались такими учеными, как: Беляева И.Г., Галибин О.В. Мелкумян Э.Х и др. Вместе с тем, ряд таких вопросов, как подбор органов для трансплантации, коммерциализация трансплантации, распределение органов или тканей между реципиентами не изучены в достаточной степени. Поэтому исследование данной тематики обуславливает её актуальность.

Рассматривая проблему подбора органов для трансплантации, необходимо отметить, что пересадка органов от живого донора связана с серьезным риском. Во-первых, это риск, связанный с проведением самой хирургической операции, которая для любого пациента является значительной психофизиологической травмой. Во-вторых, лишившись одного из парных органов или части непарного органа, донор становится в большей степени уязвимым к неблагоприятным внешним воздействиям, что имеет своими последствиями развитие различных форм патологии. С этической точки зрения донорство должно быть добровольным, сознательно осуществляемым и бескорыстным (альтруистическим). Добровольность возможна при отсутствии принуждения к донорству, опирающегося на финансовую или иную зависимость. Альтруизм понимает под собой исключение коммерциализации, то есть купли-продажи в отношениях между донором и реципиентом.

В вопросе распределения органов или тканей для проведения трансплантации на практике, чаще всего, главным критерием, который влияет на решение врача, является степень иммунологической совместимости пары донор-

реципиент. В соответствии с данным критерием, орган трансплантируют не тому, у кого выше социальный статус, больше доход, а тому, кому он подходит по иммунологическим показателям. Иммунологические и биологические данные лица, нуждающегося в пересадке органа, заносятся в базу данных, которая носит название «лист ожидания». С другой стороны существует база донорских органов и их иммунологических показателей. При появлении донорского органа его биологические показатели сравнивают с биологическими показателями органов из «листа ожидания». Орган трансплантируют тому лицу, с параметрами которого он совпал как самое точное. Данный принцип распределения является наиболее справедливым, поскольку он способствует снижению вероятности отторжения трансплантата. Другим критерием является степень тяжести состояния реципиента. Данный критерий применяется в том случае, когда ор-

ган подходит нескольким реципиентам. Орган трансплантируют тому реципиенту, который находится в более тяжелом состоянии. На этом, как правило, деление завершается. Но существует и третий критерий, который должен учитываться врачом при распределении органов. Он применяется в том случае, когда двум реципиентам орган практически одинаково подходит, и они оба находятся в критическом состоянии. В данном случае решение принимается на основе принципа длительности нахождения реципиента в «листе ожидания».

Учитывая вышеизложенное, можно прийти к выводу, что этические проблемы в области трансплантологии обуславливают острую необходимость их решения на законодательном уровне, принимая во внимание гуманность целей при осуществлении трансплантации с позиций философско-правовой биоэтики.

Кривущев Б.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ОСНОВА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Сегодня очень много говорят о сохранении репродуктивного здоровья. Ведущие международные организации определяют это как состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся, репродуктивной системы, её функций, а не только как отсутствие болезней. Возникшая в последние десятилетия кризисная демографическая ситуация во многом определяется низкими показателями репродуктивного здоровья молодежи. Трудно ожидать, что от больных родителей родится здоровый ребенок. И здесь возникает замкнутый круг: больные дети – большая молодежь – больные родители – больные дети. Получается, что фундаментом репродуктивного здоровья является здоровье детей. Мы знаем, что здоровье человека определяется на 50% образом жизни. В том числе – детей и подростков. Это: режим питания, физическая культура, культура эмоций, вредные привычки.

Режим питания как фактор будущего репродуктивного здоровья имеет значение сразу после рождения – на каком вскармливании находится ребенок. Естественное вскармливание – залог будущего здоровья. Искусственное вскармливание – фактор риска многих заболеваний. В дошкольном и школьном возрасте имеет большое значение калораж и разнообразие принимаемых продуктов питания. Должно быть достаточное

количество витаминов и микроэлементов для нормального обмена веществ, эндокринной и иммунной систем.

Физическое воспитание следует начинать с дошкольного возраста. Когда ребенок приходит в школу, там есть обязательные уроки физкультуры. Но если ребенок с дошкольного возраста привык к физическим упражнениям и делает их с удовольствием, то в школе уроки физкультуры будут в радость. Для формирования положительного отношения к физическим упражнениям можно рекомендовать родителям следующее. Вместе с ребенком посмотреть мультфильмы, в которых персонажи занимаются физкультурой и спортом и акцентировать внимание на этих положительных героях. Приобрести для ребенка специальные детские спортивные снаряды. Определиться со временем (2-3 раза в неделю) и местом для занятий и заниматься вместе с ребенком под красивую ритмичную музыку. Сначала минут 10-15, затем – до 30-40 минут. Такие упражнения можно начинать с 3-4 лет. Регулярные физические нагрузки укрепляют все органы и системы, в том числе эндокринную и иммунную. Также физические упражнения нормализуют работу нервной системы, нивелируют постстрессовые реакции организма, способствуют нормализации сна.

Стрессовые ситуации всегда негативно отра-

жаются на детях. Для них стрессом может быть то, на что взрослые внимания даже не обратят. У ребенка свой мир. Свое мировоззрение. Свои желания. Иногда эти желания нервируют родителей, что потом отражается на детях. В норме у ребенка должно быть базовое хорошее настроение и ощущение счастливой жизни. Если ребенок не улыбается, значит – что-то не так: или есть заболевание, или это патологическое состояние психики и нервной системы. Стрессы негативно влияют на иммунную и эндокринную систему ребенка и обмен веществ в целом. Существенная роль родителей заключается в контроле над тем, какие передачи смотрит ребе-

нок по телевизору, в какие компьютерные игры играет, в каком режиме и какие эмоции у него при этом возникают. Не следует также держать ребенка в «ежовых рукавицах» и наказывать за мелкие провинности. В Японии взрослым запрещено использовать слова «нехороший» и «плохой» по отношению к детям. К примеру, на велосипедах, можно увидеть таблички с надписями: «так хорошие дети ставят велосипеды» и «так хорошие дети велосипеды не ставят».

Когда дети рождаются, они все хорошие! Потом их меняют взрослые.

Хотите здоровых внуков – воспитайте здоровых детей!

Кривущев Б.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИНТЕРИОРИЗАЦИЯ – БАЗОВЫЙ ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ

Учение – это вид деятельности, целью которой является приобретение, закрепление, совершенствование человеком знаний, умений и навыков.

Конечная цель обучения студентов медицинского вуза – овладение соответствующими компетенциями, готовность и способность выполнять профессиональные действия.

Формирование практических навыков и умений происходит поэтапно. Теорию планомерно-поэтапного формирования умственных действий разработал П.Я.Гальперин. В ее основе лежит психологическое учение Л.С. Выготского об интериоризации. Это процесс преобразования внешней предметной деятельности во внутреннюю, психическую деятельность. Из этого следует, что любое обучение можно рассматривать как процесс интериоризации. Задача преподавателя заключается в оптимальном управлении этим процессом. Ведь управление учебной деятельностью, а не банальная передача знаний является целью обучения на современном этапе.

Согласно концепции П.Я.Гальперина, внешнее, материальное действие, прежде чем стать умственным, проходит ряд этапов, на каждом из которых претерпевает существенные изменения и приобретает новые свойства. Полноценное формирование действия (практического навыка или умения) требует последовательного прохождения шести этапов:

- I этап – формирование мотивации.
- II этап – ориентировочный. Он включает в себя предварительное ознакомление с тем, что подлежит освоению, составление схемы ориентировочной основы будущего действия (ООД).

Главным результатом на этом этапе является понимание.

- III этап – материальный, или материализованный. На этом этапе обучающийся усваивает содержание действия, а преподаватель осуществляет объективный контроль за правильностью выполнения каждой операции, входящей в состав действия.

- IV этап – внешнеречевой. На этом этапе все элементы действия представлены в форме устной или письменной речи (обучающегося).

- V этап – беззвучной устной речи (речь «про себя») – начало интериоризации.

- VI этап – умственного или внутриречевого действия. На этом этапе действие максимально сокращается и автоматизируется, становится абсолютно самостоятельным и полностью освоенным.

Первые 2 этапа – подготовительные, ориентировочные. Сначала происходит приведение обучающегося в состояние готовности к выполнению действия определенного характера (мотивация), а затем – получение и переработка информации об условиях обучения и дальнейших действиях (ООД).

Можно выделить 3 стадии освоения практических навыков и умений в вузе.

1. Совместная деятельность студента и преподавателя – мотивация и ООД (I и II этапы).

2. Самостоятельная работа студента внеаудиторная (изучение материала) и аудиторная – самостоятельное выполнение практических навыков и умений под наблюдением преподавателя (III, IV и V этапы).

3. Самостоятельная работа студента – выпол-

нение практических навыков и умений без внешних ориентиров – книги и подсказок (VI этап).

В дальнейшем молодой специалист будет де-

монстрировать экстерниоризацию – выполнение профессиональных обязанностей на основе индивидуального опыта.

Крылышкина С.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ

Уретероцеле – внутрипузырное грыжеподобное выпячивание всех слоев интрамурального отдела мочеточника. Преимущественно (в 3-4 раза) встречается у лиц женского пола. Выделяют ортотопические «взрослые» и гетеротопические «детские» типы уретероцеле. В большинстве случаев лечение – оперативное, кроме особых случаев, так как уретероцеле сопровождается диспластическими изменениями и выраженным повреждением паренхимы почки. Выбор оперативного пособия зависит от объема патологии, функционального состояния почки, степени нарушения уродинамики, наличия пиелонефрита, степени и характера сопутствующей патологии, возраста и состояния пациента. Если это ортотопический тип, то лечение заключается в проведении эндоскопических вмешательств (исключение: большие размеры уретероцеле – оперативное пособие проводят через доступ по Пфаненштилю либо косой разрез по Гибсону в нижнем квадранте живота). Для гетеротопического варианта эндоскопическая техника (как плановое лечение) мало приемлема из-за размера, который превышает допустимый, наличия различных морфофункциональных изменений почки, а иногда коллатерального органа, возникновения пузырно – мочеточникового рефлюкса (ПМР).

Эндоскопическое лечение ортотопического уретероцеле заключается в эндовезикальном рассечении устья мочеточника, трансуретральной резекции мочеточника и уретероцеле с оставлением части стенок для формирования антирефлюксного механизма.

Наличие ортотопического уретероцеле небольших размеров с отсутствием или минимальным нарушением уродинамики

и эпизодами лейкоцитурии нуждается в эндовезикальной операции (электроперфорация или электрорассечение), особенно при наличии камня в кисте. После выполнения операции отмечается исчезновение симптомов пиелонефрита, спонтанное отхождение конкрементов, если они не были удалены во время операции.

В экстренных ситуациях, когда имеется obstructивный пиелонефрит или пролабирующее в уретру уретероцеле, вызывающее нарушение уродинамики, выполняется эндоскопическая операция, после которой моча отводится уретральным катетером. Производится дренирование мочевого пузыря, так как после широкого удаления кисты возникает ПМР. Далее больного готовят к плановой операции, которая может быть либо реконструктивно-пластической (трансвезикальное иссечение оболочек кисты с последующей одномоментной неопластической мочеточника с антирефлюксной защитой) либо ограноусносящей (нафруретероэктомия с аспирацией содержимого уретероцеле, либо трансвезикальным иссечением оболочек кисты) при гибели органа с полной утратой функции и атрофией паренхимы.

При двухстороннем процессе с наличием ПМР – уретероцистонеостомия с иссечением оболочек кист, выполняется одномоментно с двух сторон.

Эндоскопическая операция при уретероцеле – высокоэффективный и малоинвазивный метод лечения, являющийся методом выбора и необходимостью в экстренной ситуации, сокращающий время пребывания в стационаре и дающий низкий процент послеоперационных осложнений.

Кувенева М.Л., Кувенёва О.Н., Гречишкина Т.Ф.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭПИХЛОРИДИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА, А ТАКЖЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛУДКА КРЫС И КОРРЕКЦИЯ ВЫЗВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКСТРАКТОМ ЭХИНАЦЕИ ПУРПУРНОЙ

Возрастающие масштабы производства и использования эпоксидных смол, высокая токсичность их компонентов являются причинами, которые позволяют отнести эти смолы к загрязнителям окружающей среды. Основным компонентом большинства промышленных эпоксидов является эпихлоргидрин. Эпихлоргидрин поступает в организм человека преимущественно в условиях производства при его вдыхании или попадании на кожу. Это создаёт условия для развития острых и хронических профессиональных интоксикаций. Данные, полученные в исследованиях на людях, а также результаты экспериментов на животных свидетельствуют о действии эпихлоргидрина на центральную нервную систему, дыхательную систему, репродуктивную систему. Однако влияние этого вещества на пищеварительную систему практически не исследовано.

Целью исследования было изучить влияние эпихлоргидрина и экстракта эхинацеи пурпурной (корректор) на содержание электролитов, рН желудочного сока крыс, а также на морфометрические показатели стенки фундального отдела желудка крыс.

Опыты проводили на половозрелых белых крысах-самцах массой 300-350 гр на протяжении 10 суток. Ингаляционное введение эпихлоргидрина проводили в затравочной камере в дозе 10 ПДК (10 мг/кг). Экстракт эхинацеи пурпурной вводили через зонд внутривентрикулярно.

В желудочном соке определялось содержание хлора и натрия, а также рН среды с помощью стандартных экспресс-методик. С помощью светооптического микроскопирования проводили анализ толщины стенки фундального отдела желудка крыс после предварительной окраски срезов гематоксилин-эозином. Полученные данные обрабатывались статистически с использованием критерия t Фишера-Стьюдента.

Различие значений рН желудочного сока в контрольной и экспериментальных группах не было достоверным. Эпихлоргидрин оказывает влияние на электролитный состав желудочного сока. Обнаружено понижение содержания хлора (на 14,4%), а также натрия (38,16%). Толщина стенки фундального отдела желудка крыс, подвергшихся воздействию эпихлоргидрина, оказалась меньше соответствующего показателя интактных крыс контрольной группы на первые сутки исследования на 24,2%.

Применение экстракта эхинацеи пурпурной уменьшает степень изменений показателей электролитного состава желудочного сока, а также толщины стенки фундального отдела желудка крыс, вызванных влиянием эпихлоргидрином.

Дальнейшие исследования изменений показателей желудочного сока, а также морфометрических показателей желудка под влиянием эпихлоргидрина с применением корректоров позволят расширить представления о закономерностях их действия на состояние желудка.

Куглер Т.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

БЕЗОПАСНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) широко используются в клинической практике и принимаются миллионами пациентов во всем мире. Подавление желудочной секреции при лечении язвенной болезни и рефлюкс-эзофагите стало настолько успешным, что оперативные вмешательства при этих патологиях практически пере-

стали применяться [1]. Однако, в свою очередь, это привело к их чрезмерному использованию как в центрах первичной, так и высокоспециализированной медицинской помощи в Российской Федерации, странах Европы и Северной Америки. По данным исследований, опубликованных в последние годы, частота необоснованного при-

менения ИПП достигает 70% случаев [2]. На основании анализа более 350 000 историй болезни Patterson Burdsall и соавт. [3] сделали заключение, что ИПП назначались 2/3 госпитализированных пациентов без соответствующих показаний. Кроме того, продолжительность применения ИПП часто превышает оптимальные сроки [4]. Не менее чем у 30% больных, длительно принимающих ИПП, приемлема их отмена без рецидива симптомов кислотозависимых заболеваний, а у 80% – снижение дозировки [5,6].

Высокая частота необоснованного назначения ИПП и длительности их применения послужили основанием для проведения крупномасштабных популяционных исследований, посвященных изучению их безопасности [7-9]. К числу выявленных побочных эффектов ИПП относят [10]: тошноту, диарею, запоры, головную боль, сыпь, дефицит микроэлементов и витаминов – железа, магния [11], витамина B12, повышенный риск остеопороза (FDA в 2010 году рекомендовало внести в инструкцию к ИПП указания на то, что при использовании высоких доз или длительном приеме возрастает риск переломов бедра, запястья и позвоночника вследствие мальабсорбции кальция), повышенный риск внегоспитальной пневмонии (изменение pH верхних отделов ЖКТ приводит к усиленной колонизации бактерий с последующей их аспирацией в дыхательные пути) [12], развитие деменции (ИПП усиливают продуцирование амилоида-β и модулируют его деградацию лизосомами в микрोगлии), развитие кишечных инфекций, в том числе возбудителя псевдомембранозного колита – *Clostridium difficile* (уменьшение pH желудочного сока может способствовать колонизации нижних отделов ЖКТ вегетативными формами *C. difficile*, а также кишечными инфекциями, например *Salmonella enteritidis* RR или *Salmonella typhimurium* DT104), спонтанный бактериальный перитонит у пациентов с циррозом печени, развитие микроскопического колита, а также повышение кардиоваскулярного риска, в том числе вследствие потенциально опасных лекарственных взаимодействий (клопидогрель) [13].

Обзор Evan W. Colmenares (США) 2017 года [14] включает 12 сообщений о случаях развития миопатии после приема различных классов ИПП. В частности, омега-3-индуцированного миозита, возникшего при проведении тройной антихеликобактерной терапии. Авторы сообщают, что это не первый случай дозозависимого токсического рабдомиолиза, обусловленного приемом ИПП и предполагают, что ингибирование АТФазы происходит не только в париетальных клетках желудка, но может служить причиной внутриклеточной гиперацидности и дегра-

дации других клеток.

В настоящее время ИПП отводится одно из ведущих мест среди причин развития острого тубулоинтерстициального нефрита (ОТИН) лекарственного генеза. ОТИН, обусловленный приемом ИПП, протекает часто субклинически, что затрудняет своевременную диагностику и приводит к постепенной прогрессирующей почечной недостаточности. Соответственно применение ИПП должно осуществляться только в соответствии с четкими клиническими показаниями с использованием минимально эффективной дозы и продолжительности лечения [6, 15-18].

1. Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C; SIF-AIGO-FIMMG Group. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases. A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Med.* 2016; doi: 10.1186/s12916-016-0718-z.

2. Forgacs I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors. *BMJ.* 2008; 336(7634):2-3.

3. Patterson Burdsall D., Flores HC, Krueger J, et al. Use of proton pump inhibitors with lack of diagnostic indications in 22 Midwestern US skilled nursing facilities. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:429-432.

4. Wilhelm SM, Rjater RG, Kale-Pradhan PB. Perils and pitfalls of long-term effects of proton pump inhibitors. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2013;6(4): 443-451.

5. Björnsson E, Abrahamsson H, Simrén M et al. Discontinuation of proton pump inhibitors in patients on long-term therapy: a double-blind, placebo-controlled trial. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24(6):945-954.

6. Helgadottir H., Björnsson E. Problems Associated with Deprescribing of Proton Pump Inhibitors. *Int. J. Mol. Sci.* 2019, 20(21), 5469; <https://doi.org/10.3390/ijms20215469>

7. Strand Daniel S., Kim D, Peura D. 25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review. *Gut and Liver*, Vol. 11, No. 1, January 2017, pp. 27-37

8. Akram F. et al. Proton pump inhibitors: Are we still prescribing them without valid indications? *AMJ* 2014;7(11):465-470

9. Eusebi L. PROTON PUMP INHIBITORS: RISKS OF LONG-TERM USE. doi: 10.1111/jgh.13737

10. Aronson JK. Inhibiting the proton pump: mechanisms, benefits, harms, and questions. *BMC Med.* 2016 Nov 9;14(1):172. doi: 10.1186/s12916-016-0724-1.

11. Srinutta T, Chewcharat A, Takkavatakarn K, Praditpornsilpa K, Eiam-Ong S, Jaber BL,

Susantitaphong P. Proton pump inhibitors and hypomagnesemia: A meta-analysis of observational studies. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Nov;98(44):e17788. doi: 10.1097/MD.00000000000017788.

12. Wongtrakul W, Charoenngam N, Ungprasert P. Use of proton pump inhibitors is associated with a higher risk of pneumonia in cirrhotic patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gastroenterol*. 2020 May-Jun;33(3):277-284. doi: 10.20524/aog.2020.0483.

13. Sukhovshin RA, Cooke JP. How May Proton Pump Inhibitors Impair Cardiovascular Health? *Am J Cardiovasc Drugs*. 2016 Jun;16(3):153-61. doi: 10.1007/s40256-016-0160-9. PMID: 26817947; PMCID: PMC4864131.

14. Colmenares EW, Pappas AL. Proton Pump Inhibitors: Risk for Myopathy? *Ann*

Pharmacother. 2017 Jan;51(1):66-71. doi: 10.1177/1060028016665641.

15. Moledina DG, Perazella MA. PPIs and kidney disease: from AIN to CKD. *J Nephrol*. 2016; 29: 611-616.

16. Sierra M. Systematic review: proton pump inhibitor-associated acute interstitial nephritis. *Aliment. Pharmacol. Ther*. 2007.26:545-553.

17. Toth-Manikowski M.S., Grams M.E. Proton Pump Inhibitors and Kidney Disease-GI Upset for the Nephrologist? *Kidney International Reports*. 2017. 2: 297-301.

18. Schiff H, Al-Nemem E, Lang SM. Proton-pump inhibitors and chronic kidney disease: Hidden consequences of an inappropriate drug use? *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2020 Mar-Apr;31(2):312-319. doi: 10.4103/1319-2442.284005.

Кузнецова И.В., Потапов В.В.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКОЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО»

ТЕНЗИО- И РЕОМЕТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ ОПЕРИРОВАННЫХ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Введение. На сегодняшний день недостаточно изученным остается динамика изменений тензиометрических свойств сыворотки крови у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Цель работы. Изучение поверхностного натяжения и дилатационной вязкоупругости сыворотки крови у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и клапанной патологией сердца, оперированных в условиях ИК.

Материал и методы. Исследования поверхностного натяжения и дилатационной вязкоупругости с использованием методов формы капли и пузырька были выполнены с использованием тензиометров PAT-1 и PAT-2 (SINTERFACETechnologies, Берлин, Германия). Анализировали следующие показатели: динамическое поверхностное натяжение при времени адсорбции 100 с (γ), равновесное поверхностное натяжение (время адсорбции 2500 с (γ_{∞})), модуль вязкоупругости (E) при частотах 0,1 и 0,01 Гц и фазовый угол (φ) при этих же частотах осцилляций. Исследование проведено у 70 пациентов в возрасте от 49 до 70 лет (средний возраст 62,1±0,9 года). По характеру оперативного вмешательства пациенты были разделены на две группы: группа 1 (40 больных) – пациенты с ишемической болезнью сердца, которым

были выполнены операции по реваскуляризации миокарда (аортокоронарное или аорто-мамарокоронарное шунтирование; группа 2 (30 больных) – с приобретенной патологией клапанного аппарата сердца, которым в условиях ИК и умеренной гипотермии были выполнены изолированные/комбинированные операции по протезированию митрального или аортального клапанов механическими протезами; Забор крови для исследования производился за 1 час до операции, через 12 часов (1-е сутки) и на 7-е сутки после операции. Группу контроля составили 17 не имеющих хронических заболеваний и активных жалоб человек (средний возраст 61±1,0 год).

Результаты. Изучаемые показатели поверхностного натяжения и дилатационной вязкоупругости сыворотки крови исходно отличались от таковых в контрольной группе. Во время операции на 5-й мин ИК в обеих группах модуль вязкоупругости |E| при частотах 0,1 и 0,01 Гц снижается в 2 раза, что указывает на изменение механизма формирования дилатационной вязкости вследствие поступления в сосудистое русло больших объемов инфузионных сред за короткое время. В первые сутки после операции у пациентов обеих групп выявлено уменьшение показателей динамического поверхностного натяжения при времени адсорбции 100 с (γ_{100c}) и равновесного поверхностного натяжения (время

адсорбции 2500 с (γ_{00c}) на 6-7 мН/м, что свидетельствует о существенном увеличении содержания в сыворотке больных поверхностно-активных веществ.

Выводы. Показатели поверхностного натяжения и дилатационной вязкоупругости сыворотки крови у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы отличаются от таковых у здоровых добровольцев. Отмечается статистически достоверное снижение равновесного и динамического поверхностного на-

тяжения по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует об увеличении количества поверхностно-активных веществ. Острая гемодилуция на 5-й минуте ИК не вызывает изменения динамического и равновесного поверхностного натяжения сыворотки крови, но приводит к увеличению чувствительности модуля дилатационной вязкости к частоте осцилляции, что может свидетельствовать об увеличении скорости диффузионного обмена между кровью и эндотелием.

Кузьменко А.Е., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Межаков С.В., Коссе Д.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им М. Горького», ДОКТМО, г. Донецк

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Цель работы – улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом (ОП) путем усовершенствования диагностики и лечебной тактики.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна 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%). Оперированы 357 (63,5%) больных, умерло после операции -17 (4,7%). Всем больным производили стандартные лабораторные и инструментальные исследования.

Результаты. 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. Больным с диагнозом «ОП легкой и среднетяжелой ст.» проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия. При остром билиарном панкреатите больным про-

водилась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Операцией выбора при данной форме панкреатита являлась лапароскопическая холецистэктомия и дренирование общего желчного протока. 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 при кисте поджелудочной железы явилось перкутанное её дренирование 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.

Выводы. Таким образом, определение этиопатогенетической формы ОП 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, должна проводиться комплексная консервативная терапия.

Кулемзина Т.В., Криволап Н.В., Красножон С.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Тесная взаимосвязь лечебного и реабилитационного процесса заложила основы нового раздела медицинской науки – физической и реабилитационной медицины, изучающей действие на организм физических методов и средств, используемых для профилактики, лечения и медицинской реабилитации. Однако организация и реализация комплекса мероприятий по полноценному восстановлению здоровья и, особенно, лиц трудоспособного возраста, возможна только при координирующей роли врача, имеющего специальную подготовку и владеющего необходимыми компетенциями для рациональной организации процесса реабилитации пациентов после перенесенных травм и заболеваний, в том числе с превентивной целью.

В Российской Федерации в настоящее время активно внедряется в медицинскую практику специальность «Физическая и реабилитационная медицина» (ФРМ), которая, являясь самостоятельной, направлена на диагностику, лечение и восстановление физической активности и когнитивных функций, поведения, качества жизни, включая профилактические мероприятия, пациентов с патологическими нарушениями всех возрастных групп. Насущная необходимость в подготовке квалифицированных кадров по ФРМ определяется тем, что в медицинских учреждениях Российской Федерации сегодня развернуто 10 тыс. реабилитационных коек и внедряется этапная система восстановления здоровья. Обобщенная картина накопленных знаний для подготовки представлена в национальном руководстве «Физическая и реабилитационная медицина».

В Донецкой Народной Республике, учитывая интеграционные процессы с Российской Федерацией, кафедрой интегративной и восстановительной медицины ГОО ВПО ДОННМУ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО разработана рабочая программа профессиональной переподготовки по ФРМ, сформирована теоретическая база и на-

чата подготовка специалистов по ФРМ. В 2021 года, в штатное расписание лечебных учреждений планируется введение должности врача ФРМ для реализации концепции восстановления и сохранения здоровья под руководством одного врача, использующего комплексную стратегию и персонифицированный подход. Основу данного подхода составляет научно обоснованное положение о максимальной пользе восстановительных технологий, используемых с учетом генетических, функциональных (например, гемодинамических и респираторных), метаболических и других факторов, определяющих основные индивидуальные особенности организма. Многогранность полученных знаний позволит врачу ФРМ индивидуализировать реабилитационные подходы в профилактике, лечении и восстановлении пациентов с патологией различных органов и систем, в том числе и функционального характера.

Мировой опыт свидетельствует об эффективности работы реабилитационных центров, в процессе деятельности которых врач, специалист по ФРМ, по праву координирует и направляет работу специалистов медицинского и немедицинского профилей. Устойчивой тенденцией клинического развития ФРМ является активное применение инновационных восстановительных технологий, основанных на внедрении немедикаментозных методов, при этом акцент делается на контроле эффективности и максимально ранней и превентивной реабилитации. Врач ФРМ работает в качестве ведущего специалиста мультидисциплинарной реабилитационной команды (бригады), которая осуществляет реабилитацию в амбулаторных условиях и в стационарных специализированных отделениях, а также в санаторно-курортных учреждениях. Особую актуальность функционирование такого специалиста приобретает в настоящее время в связи с необходимостью комплексного восстановления после перенесенной коронавирусной инфекции.

Куляс В.М.

Кафедра трансплантологии и клинической лабораторной диагностики ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

УРОВНИ РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ Г. МАКЕЕВКИ ПРИ МНОГОСРЕДОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ И ПИТЬЕВУЮ ВОДУ

Проведенный анализ индексов опасности при многосредовой и комплексной экспозиции химических веществ в атмосферном воздухе и питьевой воде показал, что наибольшему риску развития общетоксических эффектов у всех групп населения промышленного центра подвергаются органы дыхания (НИ=24,7; 22,4 и 21,7 соответственно), сердечно-сосудистая (НИ=12,4; 10,5 и 9,8 соответственно) и нервная системы (НИ=8,1; 6,7 и 6,3 соответственно). Ведущей средой, оказывающей неблагоприятное действие на дыхательную систему, является атмосферный воздух (100%), основной вклад в риск развития патологии принадлежит диоксиду серы, взвешенным веществам, аммиаку, диоксиду азота, формальдегиду, фенолу, ацетону и кадмию. Основной вклад в риск развития неканцерогенных эффектов со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем вносят химические вещества, загрязняющие атмосферный воздух (соответственно взвешенные вещества и аммиак – 85%). Высокий риск развития общетоксических эффектов также определялся со стороны иммунной системы для детей в возрастной группе 1-6 лет (НИ=6,65), для детей 7-17 лет и взрослого населения он был настораживающим (НИ=5,7 и 5,4 соответственно). Основной вклад в риск развития общетоксических эффектов для иммунной системы вносят химические вещества, загрязняющие атмосферный воздух (формальдегид и бенз(а)пирен – 98,7%).

Настораживающий риск развития неканцерогенных эффектов со стороны системы крови (НИ=5,5; 4,2 и 3,8 соответственно) выявлен для всех групп населения. Приоритетной воздействующей средой для развития патологии системы крови является атмосферный воздух (диоксида азота) – 72%. Вклад питьевой воды составляет 38%.

Настораживающий уровень риска со стороны системы развития выявлен для детей в возрастной группе 1-6 лет (НИ=4,3) и 7-17 лет (НИ=3,3), а допустимый уровень – для взрослого населения (НИ=2,8). Основной вклад (76%) в риск развития неканцерогенных эффектов со стороны системы развития принадлежит химическим веществам, загрязняющим атмосферный воздух (бенз(а)пирен, сероуглерод, кадмий, бензол). На долю питьевой воды приходится 24%.

Анализ индексов опасности показал наличие допустимого уровня риска развития общетоксических эффектов со стороны почек и печени для всех групп населения. Ведущими средами, оказывающими неблагоприятное действие на данные органы, являются атмосферный воздух (55% и 60% соответственно) и питьевая вода (45% и 40% соответственно). Основной вклад в риск развития патологии со стороны почек и печени принадлежит кадмию, ацетону, керосину, ксилолу, хлороформу, свинцу и марганцу. Допустимый риск развития общетоксических эффектов со стороны репродуктивной системы выявлен для детей в возрастной группе 1-6 лет (НИ=1,6) и минимальный риск – для детей в возрастной группе 7-17 лет и взрослого населения (НИ=0,9 и 0,7 соответственно). Приоритетными воздействующей средой на репродуктивную систему являются питьевая вода (57%), а приоритетными загрязняющими веществами – хлороформ и свинец.

Таким образом, при многосредовом и комплексном воздействии химических веществ в объектах окружающей среды, существует высокий риск развития неканцерогенных эффектов для всех групп населения со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой и нервной систем, а также со стороны иммунной системы для детей в возрастной группе 1-6 лет.

Куляс В.М., Ветров С.Ф.

Кафедра трансплантологии и клинической лабораторной диагностики, кафедра гигиены ФИПО ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

ПРИОРИТЕТНЫЕ ФАКТОРЫ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ НЕКАНЦЕРОГЕННЫЙ РИСК ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Доступность качественной и безопасной питьевой воды имеет важнейшее значение для здоровья человека, определяет уровень здоровья и качества жизни нации. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, при эксплуатации безопасных систем водоснабжения, строгом соблюдении требований гигиены можно предотвратить множество болезней.

Выполненный анализ суммарных доз химических веществ, загрязняющих питьевую воду г.Макеевки, при их комплексном поступлении показал, что для детского населения в возрастной группе 1-6 лет дозовая нагрузка превышает дозы химических веществ, получаемые детьми 7-17 лет и взрослым населением в 2 и 3,3-3,7 раза соответственно. Основным путем воздействия является пероральный. Вклад перорального пути экспозиции в суммарную дозу у всех приоритетных загрязнителей, за исключением хлороформа, составляет для детского и взрослого населения около 99,5%, а накожной экспозиции – не более 0,5%. Приоритетными путями поступления хлороформа являются пероральный (78-83%) при потреблении питьевой воды и ингаляционный (14-19%) при приеме водных процедур (умывание, ванны, принятие душа). Вклад накожного пути в экспозицию хлороформом составляет 1,5-3%.

Ранжирование приоритетных химических веществ, загрязняющих питьевую воду, по значениям суммарных индексов опасности (ТНІ) при их комплексном поступлении показало, что три первых ранговых места занимают хлороформ (ТНІ_{ср} = 0,24 – 0,69), марганец (ТНІ_{ср} = 0,10 – 0,35) и свинец (ТНІ_{ср} = 0,06 – 0,17).

При комплексном воздействии химических веществ, загрязняющих питьевую воду, наибольшему риску развития общетоксических эффек-

тов подвергаются сердечно-сосудистая система, система крови, нервная система, почки, печень, репродуктивная система и развитие

Значения НІ для веществ однонаправленного действия, для данных критических органов и систем органов превышали единицу в группе детей 1-6 лет. Среди взрослого населения и в группе детей 7-17 лет значения НІ для данных органов и систем органов были ниже единицы. Далее по склонности к воздействию находятся кожа, органы пищеварения, костная и иммунная системы. Риск развития неканцерогенных эффектов со стороны всех критических органов и систем органов среди всего населения не превышал допустимый уровень (НІ менее 3,0).

Основной вклад в неблагоприятное действие на сердечно-сосудистую систему, систему крови, нервную систему и почки оказывают хлороформ, марганец, свинец и кадмий. Вклады в риск неканцерогенных эффектов со стороны данных органов и систем составляют для хлороформа 42,5-49,7%, марганца – 21,3-24,9%, свинца – 10,4-12,1% и кадмия – 8,7-10,2%. Риск развития общетоксических эффектов со стороны печени обусловлен, главным образом, хлороформом (62,9%) и марганцем (34,7%), со стороны репродуктивной системы и нарушений развития – хлороформом (69,9%) и свинцом (16,8%).

Таким образом, наибольшему риску развития общетоксических эффектов при комплексном воздействии химических веществ, загрязняющих питьевую воду, подвергаются сердечно-сосудистая система, система крови, нервная система, почки, печень, репродуктивная система и развитие, однако индексы опасности для веществ однонаправленного действия не превышают допустимый уровень.

Куляс В.М., Мельник А.В., Валигун Я.С.

Кафедра трансплантологии и клинической лабораторной диагностики, ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЭКОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ

В настоящее время загрязнение окружающей среды помимо прямого неблагоприятного влияния способствуют не только понижению общей резистентности организма, но и изменению агрессивности микробных и вирусных факторов, образованию атипичных форм, что способствует ранней хронизации воспаления, персистирующему течению заболеваний.

Проведено обследование 282 детей в возрасте 4-8 лет, посещающих детские учреждения, расположенные на расстоянии до 1000 м (I группа – 118 чел.), и на удалении 1000-3000 м (II группа – 164 чел.) от предприятий металлургической и коксохимической промышленности. Контрольная группа (92 чел.), включала детей, проживающих в населенном пункте, где отсутствовали источники загрязнения атмосферного воздуха.

В результате проведенного исследования у детей I и II групп со слизистой оболочки зева значительно чаще, по сравнению с группой контроля, выделяли представителей родов *Staphylococcus* (на 35% ($p < 0,01$) и 20% ($p < 0,01$)) и *Neisseria* (на 7,6% ($p < 0,05$) и 6,8% ($p < 0,05$)) соответственно. Среди стафилококков более чем в 4 раза чаще у детей I и II групп высевали *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus sanguis*. Видовой спектр рода *Neisseria* у детей основных групп включал, помимо двух бактерий (*N.mucosa* и *N.flavescens*), выделенных у детей контрольной группы, еще три – *N.perflava*, *N.subflava* и *N.flava*.

В биоценозе носа детей, проживающих в зоне влияния выбросов пыли сложного химического состава, по сравнению с контрольной группой, также наиболее часто выделяли представителей рода *Staphylococcus* ($66,1 \pm 7,2\%$ ($p < 0,01$)) и $54,8 \pm 5,3\%$ ($p < 0,05$) соответственно против $32,6 \pm 4,9\%$). Среди стафилококков у детей этих групп абсолютным лидером был *Staphylococcus aureus*. Кроме того у детей основных групп в

три раза чаще определяли условнопатогенные *Corinebacteria xerosis* и *Corinebacteria hofmani*. О способности вызывать инфекционные процессы дыхательных путей представителями рода коринебактерий, особенно в ассоциации с другими микроорганизмами, имеются отдельные сообщения в литературе.

У детей, проживающих в непосредственной близости от предприятий, число микробов аутофлоры кожи III и IV степени роста (свыше 100 колоний и сливной рост) достоверно было повышено в сравнении с контрольной группой. Как известно, обсемененность 103 и более колоний (обильный и сливной рост) является показателем, который приводит к выделению возбудителя в окружающую среду при спокойном дыхании, что способствует частым респираторным заболеваниям в организованных коллективах. Качественный состав микрофлоры кожи детей проживающих на загрязненной территории показал двукратное увеличение доли гемолитических форм, что указывает на ее более патогенный состав. Кроме того, с кожи детей II группы в 2,4% случаев высевался *Staphylococcus aureus*. У детей, живущих вблизи предприятий, он встречался в 2 раза чаще (5,1%). В контрольной группе *Staphylococcus aureus* не определялся.

Снижение бактерицидной активности кожи, нарушение количественного и качественного баланса микробиоценоза является показателем снижения неспецифической резистентности у детей, подвергающихся воздействию пыли сложного химического состава.

Выявленные изменения показателей неспецифического иммунитета свидетельствуют о начинающемся дисбалансе механизмов иммунорегуляции, что в дальнейшем может способствовать развитию воспалительных и инфекционных заболеваний органов дыхания.

Куркурин К.К., Ежов Д.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

НАРУШЕНИЕ СНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Введение. Известно, что сон обеспечивает рост и развитие ребенка, энергетическое восстановление нейронов, эффективное функционирование иммунной системы. Расстройства сна часто сопровождаются нарушением поведения и эмоциональной нестабильностью. Доказана связь между нарушением сна, повышением артериального давления и изменениями в микробиоме кишечника.

Цель. Выявить частоту нарушений сна, проявления инсомнии у подростков с синдромом артериальной гипертензии (САГ).

Материалы и методы. В исследование включено 32 подростка 12 – 17 лет (20 мальчиков и 12 девочек) с САГ, по поводу чего они проходили обследование и лечение в отделении детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ. Проведены антропометрия, оценка показателей вегетативного и психоэмоционального статуса, лабораторные и инструментальные методы исследования по показаниям. Качество сна оценивали путем анкетирования по собственной методике.

Результаты. Индекс Кетле 25 кг/м² и 30 кг/м², соответствующие критериям избыточной массы тела и ожирения, имели соответственно 8 (25,0%) и 2 (6,25%) подростков указанной группы. Дефицит сна был констатирован у 25 (78,1%) пациентов с САГ: 20 (62,5%) опрошенных укладывались спать позже 22 часов, из них 11 (34,4%) чел. – позже 23 часов, 7 (21,9%) чел. – около 12 часов ночи, и 2 (6,3%) чел. – около 1 часа ночи. 18 (56,3%) чел. засыпали позже, чем через 15 мин. и имели продолжительность ночного сна менее 7 часов, 9 (28,8%) респондентов просыпались в течение ночи, более 30% обследованных имели неудовлетворительное качество сна и утреннего пробуждения.

У 24 (75,0%) пациентов отмечались различные поведенческие особенности в дневное вре-

мя суток: повышенный уровень тревожности (14 (43,8%) чел.), астении (8 (25%) чел.), конфликтности (11 (34,3%) чел.), депрессии (2 (6,3%) чел.).

Можно предположить, что вследствие дестабилизации ритма сон – бодрствование происходит развитие «автономного конфуза», угнетается функция и секреция мелатонина, повышается уровень глюкозы и триглицеридов, усиливается образование активных форм кислорода, что приводит к нарушению различных звеньев эндокринного комплекса, и, соответственно, может быть одной из причин повышения АД.

В качестве терапии включали ноотропные препараты с седативным эффектом (фенибут, глицин), фитотерапию (настой валерианы, ароматерапия с маслом лаванды)

Выводы. Десинхронизацию ритма сон – бодрствование имеют 78,1% пациентов с САГ, что в отдаленной перспективе может приводить к стимуляции развития атеросклероза, снижению толерантности к глюкозе, повышению массы тела, формированию метаболических нарушений. Разного рода отклонения психоэмоционального статуса имеют 75,0% опрошенных, у большинства из них отмечается повышенная сонливость днем, снижение концентрации внимания, настроения, мотивации к обучению, что является основой для развития психосоматических нарушений.

Указанное свидетельствует о необходимости продолжать исследование. Планируется изучить эффективность хронобиотика мелатонина в нормализации цикла сон-бодрствование у детей с САГ, витамина Д3, светотерапии. В перспективе надеемся найти способ, который сможет помочь в профилактике САГ людям с высоким сердечно-сосудистым риском, работающим в ночные смены.

Курмангулов А.А.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВОЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ НАВИГАЦИОННЫХ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Актуальность. Навигационная система медицинской организации (МО) считается важнейшей частью системы визуализации и одним из базовых критериев качества пространства объектов здравоохранения. Основная функция навигационной системы заключается в создании комфортных условий пребывания пациентов в МО с быстрой ориентацией в пространстве и возможностью самостоятельно выбрать оптимальный маршрут своего передвижения по зданию и прилегающей территории. Разработка количественных и качественных критериев оценки навигационных систем МО требует комплексного подхода с обязательным учетом особенностей сложившейся ситуации в области планировочно-организационных решений учреждений здравоохранения РФ.

Цель исследования: определить особенности планировочно-организационных решений навигационных систем МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Материал и методы. Объектом настоящего исследования стали 33 МО, оказывающих ПМСП и расположенных на территории 7 субъектов РФ, предметом исследования – существующие навигационные системы МО: настенные таблички, напольные наклейки, подвесные конструкции и др. В качестве основы квалиметрической оценки навигационных систем МО выступал чек-лист по методике ALIDS, представляющий собой перечень пошаговых действий, основанных на оценке 72 параметров.

Результаты исследования. Максимальный уровень соответствия чек-листу по методике ALIDS в планировочно-организационных решениях наблюдается в критерии безопасности навигационных систем. В абсолютном большинстве МО (93%) навигационные элементы расположены безопасно для персонала и посетителей, а риск травмоопасных ситуаций, связанных с размещением навигационных элементов, в 91% МО расценивается как минимальный. Статистически значимых различий между МО в уровне

безопасности навигационных систем в различных субъектах РФ не установлено ($p > 0,05$). В группу с хорошими значениями соответствия входит критерий эргономичности размещения навигационной системы. В 79% МО навигационные элементы расположены доступно для восприятия с учётом требований освещённости, оптимального уровня от пола, наклона элементов. В 28% МО определяются нарушения навигационной системы в виде полного или частичного перекрытия навигационных элементов окружающими предметами. Среди амбулаторно-поликлинических МО 33% относились к простому, однокоридорному типу зданий. В то же время, наиболее сложная с точки зрения ориентирования для посетителей МО комплексная, смешанная схема представлена в каждой четвёртой МО (26%). Территориальный анализ внутренних планировок зданий по субъектам РФ показывает наличие статистически значимых различий ($p < 0,05$) в планировочных структурах медицинских учреждений в различных регионах.

Вывод. Наибольшее соответствие планировочно-организационных решений навигационных систем МО РФ установлено в характеристиках безопасности (97%), чистоты (88%) и эргономики расположения элементов (79%), наименьшее – в маршрутизации (3%) и наличии общих инфографических схем (9%). Уровень планировочно-организационных решений навигационных систем МО коррелирует со сложностью архитектурного плана ($r = -0,423$; $p < 0,05$) и оценкой пациентами комфортности условий предоставления услуг ($r = 0,345$; $p < 0,01$). Создание российского стандарта навигации в МО должно привести к появлению единых принципов построения навигационных указателей, правил применения текстовой и графической информации, разъяснений основных инструментов планирования и проектирования навигационных систем, предоставления рекомендаций по технологиям изготовления и производства навигационных элементов.

*Курочка Е.С., Пополитов Е.Е., Мальгин Г.А., Романенко С.В.
Научный руководитель – проф. Седаков И.Е.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ РАКОВ В ПЕЧЕНИ

Цель. Оценить эффективность и безопасность эмболизации воротной вены при лечении колоректальных метастазов в печени.

Материалы и методы. Был проведен поиск научных публикаций в базе данных Pubmed, по ключевым словам, «Portal vein embolization», «liver metastases», «liver resection». В обзор включались рандомизированные и нерандомизированные проспективные исследования, в которых проводилась оценка эффективности эмболизации воротной вены перед резекцией печени при колоректальных метастазах. Пациентам проводилась чрезкожная эмболизация воротной вены под контролем УЗИ, путем введения смеси липиодола и энбукрилата.

Результаты. Общее количество пациентов составило 1791. Эмболизация воротной вены (ЭВВ) используется с целью увеличения объема остаточной доли печени, для последующей резекции печени при колоректальных метастазах. Данная операция при технической резектабельности может быть противопоказана, если остаточный объем печени составляет менее 30%, из-за повышенного риска послеоперационной

печеночной недостаточности. При выполнении ЭВВ через 4 недели гипертрофия печени наблюдается в 80% случаев, в 15% случаев происходит прогрессирование опухоли и в 5% – недостаточная гипертрофия. Остаточный объем печени увеличивается на 40%. Операбельность после ЭВВ увеличивается на 63 – 96%. Основными осложнениями являются: порталный тромбоз (0.8%), эмболизация нецелевых сосудов (0.6%), гематома печени (0.4%), абсцесс печени (0.4%), желчный свищ (0.3%), Побочными эффектами ЭВВ были лихорадка (40%), повышение уровня трансаминаз (35%) и боль в животе (23%). Частота развития печеночной недостаточности составляет от 7 до 27%. Смертность составляет 0,1% (легочная эмболия на 20 сутки, холангит с септическим шоком на 39 сутки).

Выводы. Эмболизация воротной вены – безопасная и эффективная процедура. Компенсаторная гипертрофия остаточной печени, вызванная эмболизацией воротной вены, позволяет снизить частоту возникновения послеоперационной печеночной недостаточности.

Куришин Д.В., Сочилин А.В., Зборовский С.Р., Миминошвили В.Р., Хомутова С.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ДИНАМИКА ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПОКСИ-ГИПЕРОКСИТЕРАПИИ

Одним из патогенетических механизмов прогрессирования хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является гипоксия, которая формируется в следствие нарушения диффузионной способности легких (DLCO).

Цель исследования – проанализировать влияние сеансов гипоксии-гиперокситерапии (ГГТ) на величину DLCO у больных ХОБЛ.

В исследование включено 50 больных ХОБЛ 1-2 стадии, которые методом случайной выборки были распределены в 2 однотипные по полу (все мужчины) и возрасту группы наблюдения. В 1-ю включено 25 больных, получавших стандартную терапию – короткодействующий или

продолжительный бета-2 агонист. Во 2-ю вошли группу наблюдения вошли 25 больных, которые кроме аналогичного лечения получали ежедневные 60 минутные сеансы ГГТ при помощи универсального гипоксии-гипероксикатора «ГИП 10-1000-0», фирмы Трейд Медикал, Россия. Больным 2-ой групп перед началом курса ГГТ определяли индивидуальную чувствительность к гипоксии путем проведения 10-минутного гипоксического теста (вдыхание через маску газовой смесью, содержащей 12% кислорода) с ежеминутным мониторингом частоты сердечных сокращений (ЧСС) и насыщения гемоглобина кислородом (SaO₂). Всем пациен-

там проводили пробы для дальнейшего выбора оптимальной схемы лечения. Пробу с задержкой дыхания проводили в двух вариантах: задержка дыхания на вдохе (проба Штанге) и задержка дыхания на выдохе (проба Генча). Пробы оценивали по продолжительности времени задержки и по показателю реакции (ПР) ЧСС. ПР получали при отношении величины ЧСС после окончания пробы к исходной частоте пульса. Тест с задержкой дыхания на вдохе проводили следующим образом. Исходно у обследуемого дважды подсчитывали пульс за 30 сек в положении стоя. Дыхание задерживалось на полном вдохе, который обследуемый делал после трех дыханий на 75% глубины полного вдоха. На нос одевали зажим. Время задержки регистрировали по секундомеру. Тотчас после возобновления дыхания подсчитывали частоту пульса. По длительности задержки дыхания пробу оценивали следующим образом: менее 39 сек – результат неудовлетворительный; 39-49 сек – результат удовлетворительный; свыше 50 сек – результат хороший/достаточный. ПР у здоровых людей не превышала 1,2. Более высокие его значения свидетельствуют о негативной реакции сердечно-сосудистой системы на гипоксию. Каждый сеанс состоял из 5 серий пятиминутного вдыхания гипоксической смеси и интервалов дыхания комнатным воздухом (нормоксические интервалы) такой же длительности или гипероксической газовой смеси

O₂ (вместо нормоксической паузы, которая традиционно используется при проведении стандартной интервальной нормобарической гипокситерапии). При неудовлетворительной пробе Штанге и пробы Генча, ПР более 1,2 тренировки начинали с подачи 15%-14% гипоксической смеси. При удовлетворительной пробе Штанге и пробы Генча тренировки начинали 13%-12% насыщения кислородом гипоксической смеси. При пробе Штанге и пробе Генча – «хорошо», тренировки начинаются с подачи 12%-11% гипоксической смеси.

По величине DLCO оценивали эффективность влияния лечения на диффузию газов (бодиплетизмограф с бодикамерой «Master Screen Body», фирмы «Jaeger», Германия). Результаты сравнивали в 30 практически здоровых людей.

Оказалось, что у практически здоровых людей величина DLCO составила 24,0±1,50 мл/мин/мм рт. ст. У больных 1-ой группы до лечения он равнялся 17,0±1,11, а после 18,1±1,59 (t=1,2, p=0,29). В 2-ой группе величина DLCO равнялась 17,4±1,24 и 19,5±1,16 соответственно (t=4,8, p=0,03).

Таким образом, добавление к стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ ежедневных сеансов ГТ способствовала активации процессов транспорта газов через альвеолярно-капиллярную мембрану.

Курьшева О.А., Мацынина Н.И., Якимчук Н.В., Михеева А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА НА ДОНБАССЕ

Продолжающийся военный конфликт на Донбассе приводит к состоянию хронического стресса, который, как известно, значительно влияет на показатели здоровья человека. Особенно уязвимыми являются будущие мамы, для которых сама беременность является стрессом, а постоянные боевые действия еще больше усугубляют данное состояние.

В формировании неонатальных желтух отмечено влияние различных этиологических факторов, обусловленных особенностями периода новорожденности, состоянием здоровья матери, течением всего периода беременности. В настоящее время проблема желтухи у новорожденных приобретает новую актуальность в связи с наблюдающимся патоморфозом перинатальной патологии.

Цель работы. Изучить особенности течения

неонатальных желтух в условиях военного конфликта на Донбассе.

Материалы и методы исследования. Обследовано 36 детей в возрасте от 14 дней до 2 месяцев, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении КУ «ГДКБ № 1 г. Донецка», с диагнозом пролонгированная неонатальная желтуха. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, инструментально-лабораторное: клинический и биохимический анализы крови (определение уровней фракций билирубина, трансаминаз, тимоловой пробы, холестерина, общего белка, глюкозы), нейросонографическое исследование головного мозга, Статистическая обработка данных проводилась с использованием общепринятых непараметрических методов с помощью программы MS Excel, лицензионных статисти-

ческих программ Biostat и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. При сборе анамнеза было выявлено, что в 100% случаев у матерей обследуемых детей отмечалось неблагоприятное течение ante- и интранатального периодов. Угроза прерывания беременности была выявлена у 18 (47,2%) будущих матерей. Фетоплацентарная недостаточность регистрировалась у 13 (36,1%) женщин. В 31,6% случаев беременность протекала с преэклампсией различной степени тяжести. В условиях хронического стресса значительно нарушается функция иммунной, эндокринной систем. Экстрагенитальная патология беременных (заболевания мочевыделительной системы, гестационный сахарный диабет, ожирение, острые респираторно вирусные заболевания, бронхит) была выявлена у 12 (33,3%) женщин, заболевания половых органов (кольпит, бактериальный вагинит, молочница) – у 11 (30,5%), анемия беременных – 9 (25%), хроническая никотиновая интоксикация – 12 (33,3%). Родоразрешение путем кесарева сечения было проведено 13 (36,1%) женщинам. Слабость родовой деятельности с дальнейшей родостимуляцией регистрировалась в 27% случаев. Интранатальная гипоксия плода зафиксирована у 13 (36,1%) новорожденных. В 11,4% случаев отмечался длительный безводный период. В 100%

случаев у обследуемых детей была обнаружена патологическая неврологическая симптоматика. По данным нейросонографического исследования признаки гипоксически-ишемического, гипоксически-геморрагического поражения ЦНС выявлялись 89,3% обследуемых детей. Данные изменения расценивались как средней степени тяжести. В их структуре были определены следующие синдромы: синдром двигательных нарушений, гипертензионный синдром, синдром вегетовисцеральных дисфункций. При биохимическом исследовании крови у всех детей выявлено повышение уровня общего билирубина сыворотки крови (за счет непрямого билирубина), максимальные значения этого показателя составили $256 \pm 3,2$ мкмоль/л.

Заключение. Таким образом, все дети, реализовавшие пролонгированную неонатальную желтуху в результате воздействия неблагоприятных перинатальных факторов испытали хроническую или сочетанную гипоксию. Хронический стресс в условиях военного конфликта на Донбассе оказывает существенное влияние на течение беременности. Неблагоприятные перинатальные факторы приводят к пролонгированному течению неонатальных желтух в условиях военного конфликта на Донбассе.

Кустов Д.Ю., Стоялова Ю.В., Москаленко А.М., Ашихман С.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, ДНР

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА СОЭ БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС С МОДЕЛЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание (АЗ) имеющее сложный патогенез. Негативное воздействие заболевания на работу нейроиммуноэндокринной системы (НИЭС) является одной из причин инвалидизации и снижения продолжительности жизни пациентов. Распространенность РА среди взрослого населения составляет около 0,5-1,0% (соотношение женщин к мужчинам – 3:1). Главными задачами лечения являются – ранняя диагностика РА и достижение стойкой ремиссии с минимальными затратами для врача и пациента.

На данный момент для оценки состояния системы иммунитета имеется множество разнообразных способов, отличающихся диагностической специфичностью и чувствительностью, сложностью и дороговизной, но зачастую для скрининговых исследований, позволяющих определиться с дальнейшей стратегией ведения пациента, необходимо начать с базовых, элемен-

тарных исследований. Одним из таких исследований является определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). СОЭ может повышаться во время беременности, при анемии, гиперхолестеринемии. Увеличение СОЭ могут вызывать злокачественные новообразования, инфекции, ревматические болезни. То есть, данный показатель является довольно чувствительным, но мало специфичным, что делает его пригодным для мониторинга течения РА.

Во многих исследованиях отмечена эффективность применения мелатонина при лечении различных АЗ, но действие данного гормона при РА является спорным. Некоторые исследования демонстрируют стимулирующее действие мелатонина на развитие РА и ухудшение состояния больного, в то время как в других представлены прямо противоположные результаты, вследствие чего необходимо проведение дополнительных исследований с позиции НИЭС для более точно-

го определения влияния мелатонина на состояние пациентов с РА.

Целью данной работы являлось изучение влияния мелатонина на СОЭ у крыс с моделью РА. Исследование проводилось на 90 половозрелых беспородных белых крысах обоих полов, содержащихся в нормальных условиях. Моделирование РА осуществлялось по оригинальной методике. СОЭ определялась по методу Панченкова. Анализ и систематизация полученных данных производился в программе Excel.

После завершения эксперимента было установлено, что в группе с моделью РА показатель СОЭ был повышен более чем в два раза у крыс обоих полов, что свидетельствует о наличии в крови белков острой фазы, которые являются маркерами воспаления и способствуют образованию комплексов из эритроцитов. Важно отметить, что у самок СОЭ была выше на несколько единиц, чем у самцов. В группе, где коррекция РА проводилась мелатонином, показатель СОЭ снижался, что сильнее выражалось в группе самцов, однако все равно не достигал показателя

телей, продемонстрированных интактной группой. Различные показатели СОЭ между группами самцов и самок могут быть связаны как и с гендерными особенностями течения РА, так и со спецификой эстрального цикла у самок, так как в группе интактных особей также наблюдались различия показателя СОЭ в зависимости от пола.

Исходя из полученных результатов, введение мелатонина оказывает положительное влияние на течение заболевания, что противоречит данным об ухудшении состояния после введения мелатонина. Однако СОЭ является неспецифическим и чувствительным показателем, зависящим от множества факторов (эстрального цикла, наличия опухолей) из-за чего нельзя сделать однозначный вывод о физиологическом состоянии животных. Кроме того, СОЭ является лишь показателем воспаления, и не может рассматриваться как маркер других воздействий мелатонина на НИЭС. Для более точных выводов необходимо опираться не только на СОЭ, но и на другие показатели организма.

Кучеренко Н. П., Гончарова Л. А., Бобровицкая А. И., Коваленко Т. И., Медведева В. В., Голосной Э. В., Лепихова Л. П., Кандаурова И. А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Кафедра детских инфекционных болезней.

СЛУЧАЙ СТОЛБНЯКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОНИСТА

Актуальность: повсеместное распространение, общая восприимчивость, плановая иммунопрофилактика, отсутствие иммунитета даже после перенесенного заболевания, тяжелое течение болезни с высокой летальностью (15-20%).

Цель: демонстрация клинического случая.

Материалы и методы: приведен клинический случай наблюдения ребенка больного столбняком.

Результаты: мальчик 8 лет, проживающий в частном секторе города Макеевки, был госпитализирован в экстренном порядке 08.08.2020 г., в 00:15 (на 7-ой день болезни), в отделение интенсивной терапии детских инфекций (ОИТДИ) Центральной городской клинической больницы №1 г. Донецка, с жалобами на беспокойство, невозможность открыть рот, нарушение глотания, боль в спине и животе, судороги, нарушение походки, боль в правой стопе. За неделю до госпитализации ребенок получил колотую рану правой стопы. Из анамнеза жизни известно, что ребенок не привитой в связи с категоричным отказом родителей от профилактических прививок. Болел корью, ОРВИ.

Объективно при поступлении: общее состояние ребенка тяжелое. В сознании. Капризен. Выражен опистотонус, тризм, который удерживался до 5 минут, тонические судороги. Появилась дисфагия. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, на правой стопе в области раны – асептическая повязка. Сатурация – 95%. Зрачки равны, на свет реагируют. В период отсутствия судорог очаговой симптоматики не выявлено. Мышечный тонус повышен. Дыхание ровное, 22 дых. в минуту. Над легкими ясный легочный звук, жесткое дыхание. Деятельность сердца ритмичная, ЧСС – 88 уд. в минуту, тоны приглушены, систолический шум во всех точках выслушивания, без зон проведения. АД 108/56 рт. ст. Любые раздражители вызывают приступы судорог. Мышцы живота напряжены. Стул задержан, мочеиспускания урежено. Клинический диагноз: инфицированная колотая рана правой стопы. Столбняк. При обследовании Ig к столбнячному анатоксину в сыворотке – 0,02 МЕ/мл, в общем анализе крови лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, в общем анализе мочи реакция щелочная, альбуминурия, глюкозурия,

ацетон 1+, лейкоцитурия, эритроцитурия, соли фосфора в большом количестве. Ребенку начата неотложная терапия введена противостолбнячная сыворотка в дозировке 33 тыс. МЕ подкожно по Безредко, на следующий день повторно введено 30 тыс. МЕ сыворотки, произведена назотрахеальная интубация, дезинтоксикационная, противосудорожная терапия.

Тяжелое состояние сохранялось в течении восьми дней – с 7-ой по 14-й день болезни, к 19-му дню лечения (25-й день болезни) достигнута положительная динамика, судороги прекрати-

лись, температура нормализовалась, но сохраняется незначительная неврологическая симптоматика: сухожильные рефлексы высокие, в левой руке значительно ниже. Мышечный тонус высокий, выше в правой ноге. С остаточной неврологической симптоматикой на 22-й день стационарного лечения – больной был переведен в неврологическое отделение.

Выводы: своевременная иммунопрофилактика столбняка позволяет исключить риск заболевания и неблагоприятный исход.

Кучеренко Н. П., Коваленко Т. И., Гончарова Л. А., Медведева В.В., Лепихова Л. П., Бобровицкая А. И.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Кафедра детских инфекционных болезней

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА У ПОДРОСТКА

Синдром Стивенса-Джонсона – острая тяжелая аллергическая реакция, характеризующаяся обширными поражениями кожи и слизистых оболочек, индуцированная приемом лекарственных препаратов.

Цель: изучить редко встречающееся заболевание на примере конкретного пациента.

Материалы и методы: приводим случай наблюдения пациента с синдромом Стивенса-Джонсона.

Результаты: Ребенок О. 10 лет поступил в детское инфекционное отделение 02.01.20г. с жалобами на высокую температуру тела, сыпь на коже, отек и гнойное отделяемое из глаз, боль в ногах, руках. Из анамнеза жизни известно, что у ребенка отмечались аллергические реакции в виде крапивницы на цефтриаксон, реамберин, аскорутин, аскорбиновую кислоту, шоколад.

При поступлении в детское инфекционное отделение общее состояние ребенка тяжелое, обусловлено проявлениями токсико-аллергического дерматита с участками десквамативного эпидермолиза с образованием булл, наполненных серозным содержимым. Сплошная сливная сыпь на лице, распространяющаяся полиморфная сыпь с тенденцией к слиянию на шее и верхней части туловища, больше по передней поверхности с участками просветления. Предъявляет жалобы на резкую болезненность кожных покровов, при прикосновении, особенно к краям стоп. Глазные щели резко сужены за счет отека и гнойного конъюнктивита, выражен перiorбиталь-

ный отек. Глазные яблоки подвижны, нормотоничны. Зрачки D=S, фотореакцию проверить не удалось, из-за выраженного сужения глазных щелей и светобоязни. Густо мелкоточечные, от вишневого до темно-коричневого цвета, 1-3мм в диаметре, полиморфные высыпания на конечностях и нижней части туловища с тенденцией к распространению вширь. В сознании. Лихорадит на фебрильных цифрах. Тошноты, рвоты нет. Правильного телосложения. Нормального питания. На осмотр реагирует адекватно, ориентирован в личности, пространстве, времени. Очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки отрицательные. Видимые слизистые суховаты, губы покрыты гнойными корками, кровоточащими эрозиями. Язык густо обложен белым налетом, явления ангулярного стоматита. Установлен диагноз аденовирусной инфекции, фарингоконъюнктивальная лихорадка. Синдром Стивенса-Джонсона. Лечение: антибактериальная терапия: амикацин, флуканозол, затем дексаметазон с последующим уменьшением дозы, инфузионная терапия. На фоне интенсивной антибактериальной, глюкокортикостероидной, инфузионной терапии на 19 сутки лечения у пациента наступило клиническое улучшение, что позволило выписать ребенка на амбулаторное долечивание.

Вывод: приведенное клиническое наблюдение представляет большой интерес в связи с редкостью данного заболевания и серьезным прогнозом.

Ларюшева Т.М., Баранов А.Н., Истомина Н.Г., Макаровская Е.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РОДОВ У ПОДРОСТКОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ 20 ЛЕТ

Проблема беременности и родов у подростков остается актуальной в современное время. Интерес представляет оценка динамических изменений за определенные периоды времени основных клинических показателей течений беременности, родов и перинатальных исходов у юных женщин.

На основании данных анкетирования и анализа медицинской документации проведена сравнительная оценка клинических показателей течения беременности и родов у женщин в возрасте до 18 лет, проживающих на территории Архангельской области, за промежуток времени 20 лет (1990-1995 гг. – 1209 и 2011-2014 гг. – 500 юных беременных).

За последние 20 лет отмечено снижение процента работающих подростков (6,6% в настоящее время против 42,4% в 90-х годах) и увеличение процента учащихся (61,5% в 2011-2014 годах и 25,8% в 1990-1995 годах). Средний возраст менархе у юных беременных в 90-х годах составил $12,47 \pm 1,09$ лет, в настоящее время он равняется $13 \pm 1,23$ лет. Нами не выявлено существенного различия между средним возрастом начала половых отношений ($13,3 \pm 0,2$ лет – в 1990-1995 годах и $15,35 \pm 1,23$ лет – в настоящее время). Отмечен рост хронической экстрагенитальной патологии у несовершеннолетних (43,5% - в 90-х годах и 65,9% – в 2011-2014 годах).

Процент повторных беременностей у подростков в 90-х годах составил 9,8%, этот же показатель в настоящее время равняется – 6,6%.

На протяжении гестационного процесса в обоих исследованиях структура и частота встречаемости осложнений беременности оказалась вполне сопоставима. Наиболее часто встречающиеся осложнения беременности: угроза прерывания 1990-1995 гг. – 41,0%, в 2011-2014 гг. – 38,2%. Соответственно указанным годам: преждевременные роды – 7,3% и 7,8%; гипертензия

и преэклампсия -39,1% и 31,2%; анемия – 61,9% и 64,2%. Обращает внимание более высокий процент рвоты беременной и несколько реже встречаемость преэклампсии и артериальной гипертензии в 2011-2014 годах по сравнению с 90-ми годами (соответственно 17,2% и 28,2%).

Продолжительность родов у несовершеннолетних была примерно одинаковой 9,14 час (1990-1995гг) и 9,5 час (в 2011-2014гг), вместе с тем, отмечен рост частоты кесарева сечения в 2 раза. Родовой травматизм у юных матерей по данным 2011-2014 годов значительно сократился, травмы мягких тканей родовых путей встречались у 22,3% несовершеннолетних рожениц. Размеры плода при рождении ниже нормативных были отмечены у 6,7% юных беременных при исследовании 90-х годов и в 12,6% – в современном исследовании.

Таким образом, на основании данных исследования, как 1990-1995 годов, так и 2011-2014 годов, у юных рожениц течение и исход родов были достаточно благоприятными, несмотря на высокую частоту гестационных осложнений. Возможно, это обусловлено тем, что родоразрешение у юных беременных проводили в клиниках областного центра, где персонал подготовлен к ведению родов у подростков.

Вместе с тем наше исследование установило: изменился социальный статус беременных подростков в сторону увеличения числа учащихся; выросла частота сопутствующей соматической патологии у подростков; отмечено увеличение частоты родостимуляций и родоразрешений кесаревым сечением; значительно сократились травмы мягких тканей родовых путей. Однако, не выявлено существенного различия частоты и структуры осложнений беременности, перинатальных исходов у юных женщин за промежуток времени 20 лет.

Ластков Д.О., Ежелева М.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В Г. ДОНЕЦКЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

Цель работы состояла в оценке факторов риска младенческой (МС) и перинатальной (ПС) смертности в экокризисном регионе в условиях последствий стресс-индуцированных состояний.

Материалы и методы. В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 8 тяжелых металлов (ТМ) и металлоидов в почве. Проведено ранжирование всех 9 районов г. Донецка, выделены самый «грязный» и «чистый» (контрольный) районы. Выполнены расчет и анализ МС (на 1000 родившихся живыми) и ПС (на 1000 родившихся живыми и мертвыми) – по районам в сравнении со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного (2010-2013 гг.), переходного военного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и стабильного военного (2017-2019 гг.). Рассчитаны коэффициенты парной корреляции Пирсона и тау корреляции Кендалла ($p < 0,05$) между уровнями смертности и максимальной кратностью превышения концентрации ТМ в почве каждого района.

Результаты и обсуждение. В довоенный период не отмечено достоверных межрайонных различий по уровням обоих видов смертности, между ними определялась линейная корреляционная связь ($r=0,711$, $p < 0,05$). Максимальный показатель младенческой смертности (МС) наблюдался в Пролетарском районе (9,7 на 1000 родившихся живыми), перинатальной смертности (ПС) – в Куйбышевском районе (13,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми), минимальные – в Киевском (5,0 на 1000 родившихся живыми) и Калининском (6,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми) районах, соответственно. В военный переходный период отмечается рост уровней МС в 6 районах (в т.ч. 1-м не пострадавшем от боевых действий) и по городу в целом, а также рост уровней ПС в 6 районах (в т.ч. 1-м не пострадавшем от боевых действий), при этом в 4-х районах из зоны военного кон-

фликта повысились показатели обоих видов смертности. Максимальный уровень МС наблюдался в Куйбышевском районе (17,3 на 1000 родившихся живыми), ПС – в Петровском районе (15,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми), минимальные – в Ворошиловском (5,3 на 1000 родившихся живыми) и Ленинском (7,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми) районах, соответственно. Показатели МС и ПС в самом «грязном» Буденновском районе превышали таковые в контрольном Ворошиловском районе на 60% и 26%, хотя оба района находились вне зоны боевых действий. Уровни МС в Куйбышевском районе достоверно превышали аналогичные показатели военного стабильного ($p < 0,01$) и довоенного ($p < 0,05$) периодов, по городу в целом – показатели военного стабильного периода ($p < 0,05$). В течение военного стабильного периода наблюдалась в основном общая тенденция к снижению всех показателей. Наибольшие уровни МС и ПС отмечались в Петровском районе (7,7 на 1000 родившихся живыми и 15,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми), наименьшие – в Калининском (4,7 на 1000 родившихся живыми) и Ленинском (4,8 на 1000 родившихся живыми и мертвыми) районах, соответственно. Показатель ПС в самом «грязном» районе превышал таковой в самом «чистом» на 19%.

В военный переходный период отмечена достоверная связь показателей ПС с содержанием марганца ($r=0,713$ Пирсона, $r=0,633$ Кендалла) и мышьяка ($r=0,675$), в военный переходный период – с содержанием марганца ($r=0,668$ Пирсона, $r=0,700$ Кендалла). Связь с концентрацией марганца, по-видимому, обусловлена его нейротропным действием. Влияние мышьяка определили окраинные районы с многочисленными шахтными поселками, отапливаемыми за счет сжигания твердого топлива. Очевидно, неблагоприятное влияние ТМ усугубилось на фоне последствий стресс-индуцированных состояний.

Ластков Д.О., Ежелева М.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Цель работы состояла в оценке факторов риска смертности населения экокризисного региона в условиях локального военного конфликта.

Материалы и методы. В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 8 тяжелых металлов (ТМ) и металлоидов в почве. Проведено ранжирование всех 9 районов г. Донецка, выделены самый «грязный» и «чистый» (контрольный) районы. Выполнен анализ общей смертности, смертности от инфаркта миокарда и инсульта у взрослого населения по районам в сравнении со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного (2010-2013 гг.), переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и стабильного военного (2017-2019 гг.). Рассчитаны ранговые корреляции Спирмена и тау корреляции Кендалла, для проверки – коэффициенты парной корреляции Пирсона ($p < 0,05$) между уровнями смертности и максимальной кратностью превышения концентрации ТМ в почве каждого района.

Результаты и обсуждение. В течение всего анализируемого периода наблюдалась в основном общая тенденция к снижению всех показателей смертности населения в военные периоды. В довоенный период уровни общей смертности в 8-ми районах, а в оба военных периода в 6-ти районах и в среднем по городу достоверно ($p < 0,01$) превышали показатель «чистого» района. В довоенный период уровни смертности от инсульта в 3-х районах, а в военный стабильный период – в 5-ти районах (как и среднегородские) достоверно ($p < 0,01$) превышали показатель контрольного района. В военный переходный период уровни смертности от инфаркта миокарда в «грязном» районе (единственном, где отмечалась тенденция к росту) были достоверно ($p < 0,01$) больше, чем в 5-ти районах и в среднем по городу.

В военный переходный период отмечена сильная связь показателей общей смертности среди населения с содержанием мышьяка ($r=0,761$) и слабая – кадмия, в довоенный период – слабая связь с концентрацией мышьяка, в последние годы корреляционные связи не выявлены. Влияние мышьяка определили окраинные районы с многочисленными шахтными поселками, отапливаемыми за счет сжигания твердого топлива. Очевидно, ТМ не являются факторами риска для ведущих причин смерти. В довоенный период наблюдалась слабая связь показателей смертности от инсульта с содержанием свинца и его антагониста марганца, в военный переходный период – сильная связь с мышьяком почвы ($r=0,759$) и слабая с кадмием, в военный стабильный период – слабая связь со свинцом и кадмием. Можно предполагать, что токсичные свинец и кадмий оказывают неблагоприятное действие на сосуды головного мозга. В довоенный период наблюдалась слабая связь показателей смертности от инфаркта миокарда с содержанием свинца и сильная – его антагониста марганца ($r=0,746$), слабая связь с концентрацией в почве меди. С началом боевых действий отмечается сильная связь смертности от инфаркта миокарда с содержанием свинца ($r=0,748$), кадмия ($r=0,790$) и его антагониста цинка ($r=0,842$), меди ($r=0,800$) и слабая – с концентрацией в почве мышьяка. Видимо, неблагоприятное влияние свинца и кадмия на процесс сокращения сердечной мышцы усугубилось на фоне последствий стресс-индуцированных состояний. В последний анализируемый период определяется сильная связь со свинцом ($r=0,882$) и слабая – с кадмием. Стресс-индуцированные состояния усугубляют действие экологических факторов риска, определяющих уровни смертности населения региона.

Лебедева Е.А., Джандигов Х.Б., Перепелин Р.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ТЯЖЕЛЫХ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ СИНДРОМ АПНОЭ СНА

Цель исследования: Использование неинвазивной респираторной поддержки в оптимизации лечения больных с синдромом апноэ сна на фоне термической ингаляционной травмы.

Материалы и методы: Исследование выполнено на базе МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону» отделения реанимации ожогового отделения, в исследование были включены 58 больных с ожоговой травмой (общая площадь ожогов кожных покровов 25-55% поверхности тела), степень ожогов IIIa-IIIб степени, с термоингаляционным поражением средней и тяжелой степени. Средний возраст больных составил 39 ± 5.4 года. Гендерный состав был представлен следующим образом – 28 женщин (48,3%), 30 мужчин (51,7%).

Больные были разделены на 2 клинические группы в зависимости от тактики лечения больных с синдромом апноэ сна на фоне термической ингаляционной травмы:

1 группа – лечение ингаляцией увлажненным кислородом путем использования лицевой маски термической ингаляционной травмы легкой и средне-тяжелой степени.

2 группа – проведение неинвазивной вентиляции легких термической ингаляционной травмы средне-тяжелой и тяжелой степени.

Критерии включения в исследование: термоингаляционная травма, ожоги IIIa-IIIб степени, площадь ожогов от 25% до 55%.

Критериями исключения служили: ожоги IV степени, сахарный диабет, беременность, отсутствие признаков термоингаляционной травмы.

Участники обеих групп были сопоставимы по возрасту и полу ($p=0,78$, $p=0,69$).

За указанный период наблюдения (6 часов ночного сна) регистрировались апноэ с длительностью 8-10 сек., частотой 10-15 раз в час, снижение сатурации кислорода (SatO₂) до 85-90%. Показаниями для начала применения неинвазивной респираторной поддержки являлось на-

растание работы дыхания (выраженная одышка в покое, ЧДД > 25 дых/мин, участие вспомогательной мускулатуры,) гиперкапния (PaCO₂ > 45 мм рт. ст. и/или его нарастание); уровень pH < 7,35 и его прогрессивное снижение; клиническое отсутствие эффекта от кислородотерапии – гипоксемия (PaO₂ ≤ 60 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 90% при FiO₂ = 0,4- 0,5). Неинвазивная адаптивная вентиляция легких проводилась с помощью плотно облегающей маски аппаратом ИВЛ Hamilton-C1 в режиме NIV-C/V. Параметры респираторной поддержки: (контролируемые параметры): Rподдержк + 5, F- тригер 5 л/мин, PEEP/ CPAP 5 см H₂O, FiO₂ 30%.

Результаты и обсуждение:

В ходе исследования у пациентов 1 клинической группы было отмечено: стабилизация гемодинамики (в 69,7% случаев). Наблюдались случаи возникновения апноэ во сне в 36,8% случаев. Во 2 клинической группе отмечалось стабилизация гемодинамического профиля (в 78,2% случаев, $p=0,038$), стойкая компенсация показателей КЩС (в 89,6% случаев), отсутствие эпизодов апноэ ($p=0,028$). При этом, во 2 группе отсутствовали при мониторинге ЭКГ эпизоды преходящей ишемии миокарда, в то время как в группе сравнения процент пациентов у которых эти эпизоды наблюдались составлял 21,7% ($p=0,024$). Во 2 группе отсутствовали нарушения сердечного ритма, не наблюдалось развитие гипоксической энцефалопатии.

Заключение. Включение неинвазивной респираторной поддержки в интенсивную терапию пострадавших от ожогов с синдромом апноэ во сне сопровождается коррекцией гемодинамики и стабилизацией уровня насыщения крови кислородом и требует дополнительного клинического изучения. Можно говорить о стойкой компенсации показателей КЩС, отсутствовали нарушения сердечного ритма, отсутствие проявлений гипоксической энцефалопатии.

Лебедева Е.А., Никитина Н.В., Шаршов Ф.Г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ВАРИАНТЫ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Цель исследования: изучить положительные моменты клинического применения высокопоточной оксигенотерапии через носовые канюли и неинвазивной ИВЛ с использованием шлемов у детей с дыхательной недостаточностью различного генеза.

Материал и методы. Проведено проспективное рандомизированное клиническое исследование по применению неинвазивной респираторной поддержки у 15 детей в возрасте от 0 до 18 лет с дыхательной недостаточностью 2-3 степени. Начальная точка исследования: развитие дыхательной недостаточности, потребовавшее применения респираторной поддержки. Конечная точка исследования: 3-и сутки после развития дыхательной недостаточности. В I-ю группу были включены 7 детей, которым дыхательная недостаточность корригировалась высокопоточной оксигенотерапией через носовые канюли. Во II-ю группу были включены 8 детей, которым коррекция дыхательной недостаточности осуществлялась неинвазивной ИВЛ с использованием шлемов. Исследования проводились на базе отделения реанимации и интенсивной терапии Областной Детской Клинической больницы г. Ростова-на-Дону. Критерии включения: дети, в возрасте от 0-18 лет, имеющие признаки острой дыхательной недостаточности 2-3 степени различного генеза. Критерии исключения: наличие дыхательной недостаточности с $PO_2/FiO_2 < 150$, травмы и аномалии развития челюстно-лицевого скелета, угнетение сознания ниже 12 баллов, согласно детской шкале комы Глазго (требовалась интубация трахеи и перевод на инвазивную ИВЛ).

Результаты исследования. В I-ой группе средний возраст детей составлял $7,8 \pm 0,9$ лет, во II-ой – $8,1 \pm 0,79$ лет (согласно критерию Манна-Уитни статистически значимых различий по возрасту не было, $p=0,79$). Количество мальчиков в I-ой группе было 5 человек (71,4%), во II-ой – 6 (75%), согласно точному критерию Фишера статистически значимых различий по гендерному признаку нет ($p=0,84$). Во II-ой группе превалировали дети 3 (25%) и 4 (37,5%) группами здо-

ровья, в то время как в I-ой группе большинство детей было с 1 (14,3%), 2А(42,9%) и 2Б (28,6%). Согласно критерию χ^2 -Пирсона имеется значимость различий между исследуемыми группами согласно группе здоровья пациентов ($p=0,03$). Апостериорный анализ показал, что наиболее значимые различия между группами здоровья 2А, 2Б, 3 и 4 (во всех случаях $p \leq 0,05$).

Начало респираторной поддержки привело к нормализации газового состава крови, а именно уменьшению концентрации PCO_2 (по Манна-Уитни различия статистически значимые $p=0,03$) и улучшению сатурации (по критерию Манна-Уитни различия статистически значимые $p=0,02$) в первые 15 минут в обеих группах исследования. Умеренная медикаментозная седация требовалась в I-ой группе наблюдения у 4 детей (57,1%), в то время как во II-ой группе – у 2 (25%) детей, что согласно точному критерию Фишера было статистически значимо ($p=0,04$).

Усугубление дыхательной недостаточности, потребовавшее интубации пациента и перевода на инвазивную ИВЛ наблюдалось у 1 ребенка из I-группы наблюдения (14,3%). Во II-ой группе утяжеления дыхательной недостаточности не наблюдалось (0%). Статистическая значимость различия согласно точному критерию Фишера составила $p=0,57$.

В I группе пациентов тахипноэ было у 7 (100%) пациентов, в течение трех суток данный параметр ушел у 5 (71,4%) детей полностью, эти изменения составили 40%. Во II группе исследуемых тахипноэ было у 8 (100%) пациентов и ушло у 5 (62,5%) пациентов в течение 3 суток, эти изменения составили 60%. Это говорит о том, что у детей II-ой группы тахипноэ быстрее купировалось, по сравнению с I-ой (согласно точному критерию Фишера $p=0,03$).

Выводы: Применение высокопоточной оксигенотерапии через носовые канюли и неинвазивной ИВЛ с использованием шлемов у детей с дыхательной недостаточностью различного генеза эффективно у пациентов различных групп здоровья.

Левченко Л.А.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина

ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ

Тонус легочных сосудов регулируется сложными комплексными процессами, где основу составляет баланс между действием констрикторов и дилататоров. Нарушение функции эндотелия проявляется дисбалансом между продукцией вазодилатирующих, ангиопротективных, антипролиферативных факторов и вазоконстриктивных, протромботических, пролиферативных факторов.

Цель исследования: Изучение уровня основных медиаторов эндотелиальной дисфункции у недоношенных новорождённых с респираторным дистрессом: ВУП, РДС и ВУП+РДС.

Материалы и методы. Исследовали основные медиаторы эндотелиальной дисфункции (оксид азота и эндотелин-1) у недоношенных новорождённых с дыхательными расстройствами: I группа – 90 детей с ВУП, II группа – 90 больных с РДС, III группа – 90 пациентов с ВУП+РДС. Контрольную группу составили 30 «условно» здоровых недоношенных детей. Уровень ЭТ-1 (фМоль/мл) в крови новорождённого ребёнка (пуповинной крови и на 7-е сутки жизни) определяли методом иммуноферментного анализа с использованием стандартного набора реактивов «Biomedica» на аппарате «Labsystems Multiskan Ascent». Исследование уровня оксида азота в крови проводилось в лаборатории фундаментальных исследований ИНВХ им. В. К. Гусака (Донецк). Статистическая обработка данных проводилась средствами прикладной программной системы «Statistica».

Результаты исследования. У обследуемых наиболее низкий уровень оксида азота в пуповинной крови был в группе недоношенных с ВУП+РДС ($24,0 \pm 2,9$ микроМ/л) и РДС ($25,7 \pm 5,8$ микроМ/л), ($p < 0,05$). Наиболее высокое содержание эндотелина-1 в пуповинной крови также было у недоношенных с ВУП+РДС и РДС:

$4,13 \pm 0,69$ фМоль/мл и $3,02 \pm 0,28$ фМоль/мл соответственно ($p < 0,05$). Установлена обратная корреляционная зависимость между содержанием оксида азота и эндотелина-1 в пуповинной крови ($r = -0,45$).

На 7-е сутки жизни уровень оксида азота венозной крови в группах увеличился почти в 2 раза по сравнению с содержанием его в пуповинной крови. Уровень эндотелина-1 в венозной крови по сравнению с пуповинным стал меньше в группах: ВУП в 1,5 раза, РДС в 3 раза и ВУП+РДС в 3,2 раза. Полученные данные подтверждают наличие персистирующей легочной гипертензии у недоношенных новорождённых с заболеваниями лёгких. Установлена обратная корреляционная зависимость между содержанием оксида азота и эндотелина-1 в крови на 7-е сутки жизни ($r = -0,61$). В ходе исследования была выявлена зависимость: чем меньше гестационный возраст ребёнка, тем в пуповинной крови ниже уровень оксида азота, а уровень эндотелина-1 выше. Следовательно, клиническое течение легочной гипертензии у глубоко недоношенных новорождённых тяжелее. Выявлена корреляция между содержанием в пуповинной крови NO и ГВ ($r = 0,71$), ЭТ-1 и ГВ ($r = -0,65$), ($p < 0,05$). Чем меньше ГВ, тем ниже содержание оксида азота и выше уровень эндотелина-1 в пуповинной крови.

Выводы: отклонения от нормы основных медиаторов крови (оксида азота и эндотелина-1) у недоношенных новорождённых с дыхательными расстройствами, обусловлены не только влиянием ряда патологических процессов на организм недоношенного ребёнка, а вероятно, и включением приспособительных механизмов, направленных на стимуляцию адаптационных возможностей к внеутробному существованию.

Левченко Л.А., Саркисян Е.А.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина

ИЗМЕНЕНИЯ КОС У НЕДОНОШЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ

У новорожденных детей с респираторным дистрессом (РД) мы наблюдаем изменения кислотно-основного состояния (КОС) разной степени тяжести. Эти отклонения должны быть выявлены как можно раньше, так как нормализация гомеостаза приводит к восстановлению физиологических процессов в организме ребенка. Оценивая полученные показатели в динамике, можно косвенно судить о течении патологического процесса и адекватности принимаемых лечебных мероприятий (прежде всего респираторной поддержке). Неонатологу важно иметь данную информацию, отражающую адекватность вентиляции и оксигенации путём оценки состояния кислотно-основного равновесия.

Цель исследования: проанализировать в 1-е сутки жизни основные параметры КОС: парциальное напряжение кислорода (рО₂) и углекислого газа (рСО₂), концентрация бикарбоната в плазме (SB), а также избыток оснований отдельно в крови (BE) и во внеклеточной жидкости (BEe) у недоношенных новорожденных с РД.

Материалы и методы. Недоношенные новорожденные с дыхательными нарушениями были разделены на группы: I группа – 90 детей с ВУП, II группа – 90 больных с РДС, III группа – 90 пациентов с ВУП+РДС. Контрольную группу составили 30 «условно» здоровых недоношенных детей. Все исследования КОС проводили с помощью ионселективного ионизатора электролитов и газов крови «Easy Blood Gas» (США). Статистическая обработка данных проводилась средствами прикладной программой системы «Statistica».

Результаты исследования. Учитывая, что 1-е сутки жизни у недоношенных новорожденных с РД, как правило, являются критическими, нами проанализированы основные параметры КОС. Полученные данные приведены в таблице 1.

Таблица 1

Парциальное напряжение газов и показатели кислотно-основного состояния венозной крови (M±m) в 1-е сутки жизни

недоношенных новорожденных здоровых (контроль)

и разного гестационного возраста с дыхательными нарушениями

Показатель Контроль Гестационный возраст
22 – 28 нед. 29 – 32 нед. 33 – 36 нед.

рО₂, кПа 5,1±2,2 6,4±2,3 6,3±2,2 6,5±2,5

рСО₂, кПа 4,0±1,2 4,8±1,8 4,4±1,5 4,5±1,2
рН 7,38±0,026 7,22±0,041*** 7,30±0,033*
7,30±0,038*

SB, ммоль/л 22±1,1 16,5±2,6* 18,5±1,8*
17,7±3,0*

BE, ммоль/л – 7,0±1,8 – 9,9±2,4 – 7,5±1,5 –
8,0±1,6

BEe, ммоль/л – 7,5±1,6 – 9,6±2,6 – 8,4±1,8 –
9,0±1,6

Примечания: * p < 0,05 по отношению к контролю,

*** p < 0,001 по отношению к контролю.

Из табл. 1 видно, что во всех исследуемых группах больных детей средние значения рО₂ и рСО₂ различаются между собой и имеют тенденцию к повышению по сравнению с соответствующими величинами в контрольной группе. Полученные результаты объясняются тем, что у всех недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями наблюдается ацидоз. Как видно из табл. 1, в венозной крови больных детей значения рН достоверно ниже (p < 0,05), чем в контроле, независимо от гестационного возраста. Более того, в группе недоношенных новорожденных гестационного возраста 22 – 28 нед. значение показателя отличается (p < 0,001) от величины рН, в группах больных детей гестационного возраста 29 – 32 нед. или 33 – 36 нед., для которых, со своей стороны, значения рН одинаковы (табл. 1).

Как известно, при ацидозе (уменьшение рН) кривая диссоциации гемоглобина с кислородом или углекислым газом сдвигается влево. Это означает, что гемоглобин присоединяет кислород или углекислый газ в количестве меньшем, чем при нормальных значениях рН крови. Последнее приводит к тому, что растворенный в крови кислород в меньшем количестве может быть утилизирован клетками и тканями организма. В результате, очевидно и возникают и/или усугубляются дыхательные расстройства, проявление которых наблюдается клинически. С другой стороны, уменьшение рН крови не препятствует связыванию гемоглобином углекислого газа и выведению его из организма, что, в свою очередь, усиливает проявление ацидоза.

На то, что углекислый газ содержится в организме недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями в избыточном количестве, указывает также концентрация в их крови

бикарбоната (SB). Из табл. 1 видно, что в крови больных детей величина SB ниже ($p < 0,05$), чем в контроле, независимо от гестационного возраста. В то же время между группами больных детей ГВ = 22 – 28, 29 – 32 или 33 – 36 нед. значимые различия в величине SB не выявлены (табл. 1).

Поскольку избыточные кислоты связываются основаниями, постольку избыток оснований (BE) в крови недоношенных новорожденных имеет ярко выраженную тенденцию к уменьшению (знак величины показателя отрицательный) по сравнению с кровью здоровых недоношенных детей (табл. 1). Подобная реакция является компенсаторной на закисление крови (ацидоз). Однако, у недоношенных больных детей разного гестационного возраста концентрация в крови BE несколько отличается, несмотря на существенные различия в значениях pH хотя бы между группой новорожденных ГВ = 22 – 28 нед. и большего срока гестации (табл. 1). Такое положение, очевидно, означает, что у детей с дыхательными нарушениями в гестационном возрасте меньше 29 нед. ацидоз компенсируется хуже и в меньшей мере, чем у больных новорож-

денных с более высоким сроком гестации.

Аналогичная ситуация имеет место и в случае концентрации основания во внеклеточной жидкости (BEe) (табл. 1). Так, независимо от гестационного возраста, значения BEe ниже (знак величины показателя отрицательный) у недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями по сравнению с детьми контрольной группы. И в данном случае, как и в случае BE, для BEe наблюдаются тенденции к уменьшению значений показателя у больных новорожденных и к их увеличению с увеличением гестационного возраста.

Следовательно, у недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями наблюдается ацидоз, который частично компенсируется. При этом компенсаторные изменения более существенны у детей со сроком гестации больше 28 нед. по сравнению с больными меньшего гестационного возраста. Своевременный анализ показателей КОС позволяет врачу-неонатологу осуществлять адекватную респираторную и метаболическую поддержку самым маленьким пациентам и ее адекватную коррекцию.

Левченко Л.А.¹, Скосарева Г.А.²

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина

²ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» Департамента здравоохранения города Москвы

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СОВОКУПНОСТИ НОВОРОЖДЁННЫХ, РОЖДЁННЫХ В ТЯЖЁЛОЙ АСФИКСИИ

Асфиксия при рождении – патологическое состояние, характеризующееся отсутствием эффективности газообмена в легких сразу после рождения, неспособностью самостоятельно дышать при наличии сердцебиения и/или других признаков живорождённости: спонтанного движения мышц, пульсации пуповины. Согласно данным Эзутачан С. Г. (1999 г.), частота перинатальной асфиксии у недоношенных детей составляет 30%, а у доношенных новорожденных – 20%. При этом цифры летальности от данной патологии разнятся в зависимости от региона. Так, летальность от асфиксии по РФ за 2003 г. среди доношенных детей составила 0,2%, а среди недоношенных – 1,16%. В данном аспекте показатели ВОЗ по новорождённым за 2017 г. подтверждают актуальность темы, предложенной к рассмотрению:

- 2,5 миллиона детей в мире умерли в течение 1-го месяца жизни;
- 75% всех случаев смерти в неонатальный

период приходится на 1-ю неделю жизни;

- 1 миллион новорожденных умирает в течение первых 24 часов жизни;
- причинами большинства случаев смерти среди новорожденных – это преждевременные роды; осложнения интранатального периода (родовая асфиксия или отсутствие дыхания при рождении); инфекции; врожденные пороки развития.

В связи с вышесказанным, представляет интерес прицельное изучение анамнеза новорождённых, родившихся в тяжелой асфиксии и которым была в дальнейшем проведена терапевтическая гипотермия.

Материалы и методы: Ретроспективно селективно проанализированы данные 10 историй болезни новорожденных ОРИТ ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы». У всех пациентов с рождения был выставлен диагноз «Тяжёлая

асфиксия». Состояние при поступлении из родильного зала в ОРИТ – «крайне-тяжёлое» было у 100% новорождённых. «Пассивная гипотермия» в родильном зале Т=18-24°C проводилась у 40% новорождённых. Всем детям лечебная гипотермия в условиях родильного дома была начата через 50 минут – 1 час 40 минут после рождения. ГВ обследованных составил от 36 до 40 недель; масса тела – от 2200 г до 3760 г.

Результаты исследования. Возраст матерей, дети которых перенесли тяжелую асфиксию, в 60% случаев соответствовал позднородящим (>30 лет). Отягощенный соматический анамнез имели 90% родильниц: гипотиреоз 20%, острые и хронические гастриты 70%, желчекаменная болезнь 30%, гипертония 20%, нарушение жирового обмена 10%, ИБС 10%, инфаркт миокарда 10%, аллергия 20%, частые ОРВИ 40%, оперативные вмешательства 10% и др. заболевания. Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 70% матерей. Так, наиболее часто встречались: аборты 60%, выкидыши 30%, хроническая урогенитальная инфекция 40%, миома матки 20%, внематочная беременность 10%. У всех обследованных женщин была отягощенная настоящая беременность: токсикоз 100%, преэклампсия 40%, многоводие 20%, угроза прерывания 80%, анемия 70%, обострение очагов хронической урогенитальной инфекции 60%, фетоплацентарная недостаточность 60%, хроническая

гипоксия плода 50%. У всех беременных было патологическое течение родов: острая гипоксия плода 100%, кесарево сечение 90%, истинный узел пуповины 20%, тугое обвитие пуповины вокруг шеи 20%, родостимуляция окситоцином 60%, вакуум-экстракция 10%, амниотомия 10%, преждевременная отслойка плаценты 30%, маточное гипотоническое кровотечение 20%. Околоплодные воды мекониальные были у 10%, а грязно-зелёные, зловонные у 10% женщин. У всех новорождённых отмечалась низкая оценка по шкале Apgar: на 1 минуте – 1 балл был зафиксирован у 80% детей; на 5 минуте – ≤ 3 балла у 70%; на 10 минуте – ≤ 3 балла у 50% обследованных. Все новорождённые нуждались в проведении реанимационных мероприятий: ИВЛ мешком и маской – 100% детей; интубация трахеи и ИВЛ – 100% обследованных; непрямой массаж сердца – 60% пациентов и введение эндотрахеальное/внутривенное адреналина – 60% новорождённых.

Таким образом, новорождённые, которые перенесли тяжелую асфиксию при рождении и в последующем нуждались в терапевтической гипотермии, имели отягощенный материнский анамнез (соматический и акушерско-гинекологический). Профилактика тяжелой асфиксии у новорождённых базируется на комплексном обследовании и целевом лечении будущих родителей.

Левченко Л.А.¹, Скосарева Г.А.²

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина

²ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» Департамента здравоохранения города Москвы

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ APGAR У НЕДОНОШЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Достижения неонатальной медицины последних лет позволили улучшить выживаемость недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Так, за последнее время благодаря улучшению методов интенсивной терапии и технологий выхаживания в 5 раз увеличилось число выживших детей с экстремально низкой массой тела. Если в 1940 – 50 гг. в мире выживало меньше 8% недоношенных детей с массой тела менее 1000 г, то в настоящее время этот показатель достигает 65,4%. Выживаемость детей с массой тела при рождении ниже 1500 г составляет 81,2%. Период новорожденности является наиболее критическим возрастным периодом, который характеризуется особенностями морфологических,

функциональных и биологических изменений, возникающим во время адаптации ребёнка в условиях внеутробного существования. Шкала Apgar выступает первоначальным звеном в оценке тяжести состояния новорождённых и до настоящего времени остаётся актуальной, особенно для I и II уровней родовспомогательных учреждений. Однако, по мнению специалистов значимость и целесообразность её использования для маловесных детей противоречива.

Цель исследования: корреляционный анализ оценок по шкале Apgar на 1-й, 5-й минутах с оценкой по шкале Downes в течении 20-30 минут жизни.

Материалы и методы. Недоношенные новорождённые с дыхательными нарушениями были

разделены на группы: I группа – 90 детей с ВУП, II группа – 90 больных с РДС, III группа – 90 пациентов с ВУП+РДС. Контрольную группу составили 30 «условно» здоровых недоношенных детей. Оценка по шкале Аргар производилась на 1-й, 5-й минутах жизни ребенка, а при необходимости и на 10-й минуте. Оценку по шкале Downes производилась через 15 минут после рождения. Статистическая обработка данных проводилась средствами прикладной программной системы «Statistica».

Результаты исследования.

В I группе (недоношенные с ВУП) оценка по шкале Аргар на 1-й минуте была $4,88 \pm 0,47$ баллов, во II (больные с РДС) – $5,44 \pm 0,43$ и в III группе (пациенты с ВУП+РДС) – самая низкая – $3,26 \pm 0,37$, в группе контроля составила $7,14 \pm 0,15$ баллов.

Оценка по шкале Аргар на 5-й минуте изменялась следующим образом: в I группе она составила $5,82 \pm 0,37$ баллов, во II – $5,5 \pm 0,52$ и в III группе – $4,5 \pm 0,46$, в группе контроля – $8,12 \pm 0,11$ баллов.

Следовательно, самая низкая оценка по шкале Аргар на 1-й и 5-й минутах жизни была в III группе (ВУП+РДС) обследуемых недоношенных новорождённых. Полученные показатели в группе «условно-здоровых» недоношенных новорождённых оптимальны и свидетельствуют о достаточных адаптационных резервах (табл. 1).

Корреляционный анализ показал, что у недоношенных новорождённых имела место прямая зависимость между оценкой по шкале Аргар на 1-й и 5-й мин жизни ($r = 0,96$, $p < 0,001$). Чем ниже оценка по шкале Аргар на 1-й мин, тем ниже этот показатель на 5-й мин, и наоборот.

У недоношенных новорождённых коэффициент корреляции между ГВ и оценкой по шкале

Аргар на 1-й мин составлял $r = 0,78$ ($p < 0,001$), а между ГВ и оценкой по шкале Аргар на 5-й мин – $r = 0,79$ ($p < 0,001$).

Таблица 1

Оценка по шкале Аргар на 1-й и 5-й минутах и по шкале Downes

недоношенных новорождённых с дыхательными нарушениями

Показатели

Контроль ВУП РДС ВУП+РДС

n=30 n=90 n=90 n=90

Аргар на 1-й мин. $7,14 \pm 0,15$ $4,88 \pm 0,47$ $5,44 \pm 0,43$ ($p > 0,05$) $3,26 \pm 0,37$

($p < 0,05$)

($p1 < 0,02$)

Аргар на 5-й мин. $8,12 \pm 0,11$ $5,82 \pm 0,37$ $5,5 \pm 0,52$ ($p > 0,05$) $4,5 \pm 0,46$

($p < 0,05$)

($p1 < 0,05$)

Оценка по шкале Downes 0 $4,68 \pm 0,79$ $5,91 \pm 0,74$ ($p > 0,05$) $7,29 \pm 0,59$

($p < 0,05$)

($p1 < 0,05$)

Примечание. p – отличие по отношению к ВУП;

p1 – отличие по отношению к РДС.

Следовательно, чем ниже ГВ, тем ниже оценка по шкале Аргар, и наоборот. Значения коэффициентов корреляции зависимости баллов шкалы Аргар со шкалой Downes составили $r = -0,86$ ($p < 0,001$) на 1-й мин и $r = -0,88$ ($p < 0,001$) на 5-й мин жизни.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что чем ниже оценка по шкале Аргар, тем выше была оценка по шкале Downes. А следовательно, тем тяжелее дыхательные расстройства и общее состояние больного, и наоборот.

Левченко Л.А.¹, Фёдорова Т.В.²

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина

²ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» Департамента здравоохранения города Москвы

ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ СДВИГОВ В ПУПОВИННОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Несмотря на развитие новейших биохимических методов исследований, используемых в клинической диагностике, измерение таких показателей как концентрации ионов в крови продолжает оставаться актуальным. Еще более важным может быть определение концентраций ионов, а именно натрия (Na⁺), калия (K⁺) и кальция (Ca²⁺) для оценки состояния недо-

ношенных новорождённых. В ряде работ (Русанов А.И. 1994 г.; Рудяк О.М. 2010 г.) приводятся значения концентраций ионов Na⁺, K⁺ и Ca²⁺ в крови здоровых недоношенных новорождённых. Однако нами в литературе не были обнаружены данные о количественных величинах ионного состава крови недоношенных детей с дыхательными нарушениями. В то же время изучение

численных значений таких показателей может оказаться диагностически важным для характеристики общего состояния недоношенных детей с респираторным дистрессом (РД).

Цель исследования: изучение уровня электролитов (ионов Na⁺, K⁺ и Ca²⁺) в пуповинной крови у недоношенных новорожденных с респираторным дистрессом.

Материалы и методы. Недоношенные новорожденные с дыхательными нарушениями были разделены на группы: I группа – 90 детей с ВУП, II группа – 90 больных с РДС, III группа – 90 пациентов с ВУП+РДС. Контрольную группу составили 30 «условно» здоровых недоношенных детей. Исследование электролитов (ионов Na⁺, K⁺ и Ca²⁺) в пуповинной крови у недоношенных новорожденных с респираторным дистрессом проводилось в лаборатории фундаментальных исследований ИНВХ им. В. К. Гусака (Донецк). Статистическая обработка данных проводилась средствами прикладной программой системы «Statistica».

Результаты исследования. Средние значения показателей, полученных в 1-е сутки жизни недоношенных новорожденных здоровых и с дыхательными нарушениями, приведены в таблице 1.

Таблица 1

Концентрации (M±m) ионов в пуповинной крови	недоношенных новорожденных здоровых (контроль)	и с дыхательными нарушениями	Показатель Контроль ВУП РДС ВУП+РДС
Na ⁺ , ммоль/л	142±2,2	138±3,6	135±2,1
	(p<0,001)	134±2,7	(p<0,001)
		(p1>0,05)	
K ⁺ , ммоль/л	5,0±0,48	5,1±0,73	4,0±0,64
	(p<0,001)	3,9±0,53	(p<0,001)
		(p1>0,05)	
Ca ²⁺ , ммоль/л	1,4±0,066	0,48±0,126	0,43±0,100
	(p<0,001)	0,41±0,082	(p<0,001)
		(p1<0,05)	

Примечание: p – отличие по отношению к ВУП,

p1 – отличие по отношению к РДС.

Следует отметить, что величины всех исследованных показателей, полученные для здоровых новорожденных (контроль) согласуются с таковыми, приведенными в многочисленных литературных источниках. Как видно из табл. 1, у новорожденных с дыхательными нарушениями в пуповинной крови (1-е сутки жизни) со-

держание ионов натрия, калия и кальция может отличаться от значений, полученных в контроле. При этом, в случае ВУП по сравнению с контролем концентрация Na⁺ имеет лишь тенденцию к уменьшению (p > 0,1), а концентрация K⁺ и вовсе совпадает с контрольной (p > 0,5), и лишь концентрация ионов Ca²⁺ почти в 3 раза ниже (p < 0,01) контрольной величины (табл. 1).

Несколько иная ситуация наблюдается в случае РДС: по сравнению с контролем концентрации Na⁺, K⁺ и Ca²⁺ в пуповинной крови недоношенных новорожденных с данной дыхательной патологией меньше (табл. 1). При этом содержание Na⁺ снижено (p < 0,05) на ~7 ммоль/л, концентрация K⁺ уменьшена ~20% (p < 0,5), Ca²⁺ – более чем в 3 раза ниже (p < 0,01).

В то же время установлены достоверные различия в содержании ионов Na⁺, K⁺ и Ca²⁺ в пуповинной крови недоношенных новорожденных между ВУП и РДС группами (p < 0,001), а также между ВУП и ВУП+РДС группами (p < 0,001).

При сочетанной патологии (ВУП+РДС) концентрация в пуповинной крови недоношенных новорожденных ионов натрия, калия или кальция почти совпадает (p1 > 0,05) со значениями, полученными у детей, у которых диагностирован только РДС (табл. 1). Имеется лишь очень слабая тенденция к дальнейшему уменьшению обсуждаемых показателей, когда к РДС «присоединяется» ВУП. С другой стороны, в том случае, если РДС усугубляется ВУП, значения показателей приближаются к соответствующим величинам концентраций, найденным в пуповинной крови новорожденных с РДС.

Приведенные результаты не позволяют заключить, является ли наличие дыхательных нарушений причиной или следствием изменений ионного состава крови недоношенных новорожденных. Для ответа на такой вопрос требуются дополнительные предметные исследования. Тем не менее, очевидно, что дыхательные нарушения либо сопровождаются уменьшением концентрации ионизированного кальция в пуповинной крови, либо приводят к такому уменьшению (табл. 1). При этом изменится ли в пуповинной крови концентрация ионов натрия и калия, зависит от специфики дыхательных нарушений. Так, ВУП приводит к изменению содержания Na⁺, но не K⁺, тогда как РДС – обоих показателей одновременно. Интересно, что сочетание ВУП+РДС у недоношенных новорожденных принципиально не изменяет картину ионного состава пуповинной крови.

Таким образом, можно предположить, что одновременное наличие у недоношенных новорожденных дыхательных нарушений, разной этиологии вызывает определенные компенсаторные

реакции, в результате действия которых изменения, имеющие место в каждом отдельно взятом случае, не суммируются. Напротив, происходит некоторое уменьшение эффектов, вызванных отдельно ВУП или РДС. Так, если наличие только ВУП или только РДС по сравнению с контролем приводит к уменьшению концентрации Ca^{2+}

примерно на 1 ммоль/л в каждом случае, то их сочетанное наличие вызывает изменения практически на такую же величину. Различия между всеми тремя случаями в сотые доли ммоль/л на фоне миллимолярных изменений по сравнению со здоровыми недоношенными новорожденными нельзя рассматривать как существенные.

Легостаева М.С.¹, Клочков М.М.^{1,2}, Золотухин А.С.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького», г.Донецк

²Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря, г.Донецк

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID – 19

Введение. В условиях пандемии онкологические пациенты имеют больший уровень риска заражения COVID – 19, чем здоровые люди. Это связано с иммунодепрессивным состоянием организма.

Цель исследования. Изучить принципы ведения онкологических пациентов в условиях пандемии COVID – 19, опираясь на опыт других стран.

Материалы и методы. Поиск публикаций производился в поисковых базах PUBMED, MEDLINE, материалах ESMO, ASCO, TheLancetOncology, RosOncoWeb. Ключевые слова для поиска материалов: COVID-19, SARS-CoV-2.

Результаты и обсуждения. Для онкологических пациентов, госпитализированных с диагнозом COVID – 19 приоритетным является контроль нозокомиальной инфекции. Стабильные пациенты не рекомендованы к госпитализации, возможно открытие «зеленого коридора» для онкологических пациентов, которым требовалось срочное лечение. Для пациентов, проходивших курсы химиотерапии, особенно пожилых, ослабленных, протокол химиотерапии должен быть скорректирован, доза редуцирована. По возможности, рекомендован переход на пероральные препараты.

Летальность составила 6 (46,2%) из 13 боль-

ных гемобластозами 2 (10%) из 20 больных с солидными опухолями. Пациенты онкогематологических отделений были более предрасположены к инфекции SARS-CoV-2, чем пациенты с солидными опухолями (частота инфекции SARS-CoV-2 составила 10 (6,1%) из 165 онкогематологических пациентов и 14 (1,4%) из 1021 пациента с солидными опухолями).

Индивидуальные решения о пациентах должны приниматься междисциплинарными командами. Устанавливаются приоритетные группы для хирургии, системного противоопухолевого лечения и лучевой терапии. Для системного лечения NHS England установило шесть приоритетных уровней: пациенты с более чем 50% шансом на успех лечения находятся на самом высоком уровне, пациенты, лечение которых продлит жизнь менее, чем на 1 год – самый низкий уровень. Для лучевой терапии существует пять уровней приоритета: пациенты с быстро пролиферирующими опухолями с небольшим объемом относят к самой высокой группе.

Выводы. Работа онкологической службы в условиях пандемии требует своих корректировок. Распределение пациентов на приоритетные уровни позволит оказывать качественную помощь онкологическим пациентам, не подвергая их опасности заражения COVID-19.

Легостаева М.С.¹, Клочков М.М.^{1,2}, Красноштан В.В.², Золотухин А.С.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького», г.Донецк

²Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря, г.Донецк

СХЕМА FLOT У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА: ЗА И ПРОТИВ

Введение. Стратегия лечения пациентов с резектабельным раком желудка изменилась за последние несколько лет благодаря предоперационному лечению. Режим FLOT оказался эффективным. Однако, так как на данный момент нет завершенных рандомизированных исследований вопрос безопасности данного режима остается актуальным.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность режима FLOT у пожилых пациентов с резектабельным раком желудка.

Материалы и методы. На базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря проанализированы истории болезни пациентов с резектабельной аденокарциномой желудка (T \geq 2 и / или N+), получавших химиотерапию по схеме FLOT в период 2014 – 2019 г.г. В исследование были включены 186 пациента, разделены на 2 группы: 1 группу составили пациенты <60 лет, 2 группу – \geq 60 лет. Средний возраст составлял 58 лет (диапазон 36-74), 43% пациентов, включенных в исследование (n = 79) были \geq 65 лет. Среди пожилых па-

циентов 43 (52%) получали FLOT как минимум в течение 4 циклов полной дозы в предоперационной полихимиотерапии (ПХТ), 77(92%) перенесли операцию и 52(62%) начали послеоперационную ПХТ. Частота полного ответа, частота осложнений являлись основными показателями. Проводилась статистическая обработка данных.

Результаты и обсуждения. Конечная точка исследования, частота полного ответа, была сходной среди пациентов в возрасте \geq 60 и <60 лет (6,7% против 7,7% соответственно). Частота осложнений 3-4 степени была одинаковой в двух возрастных группах, а показатели 30-дневной смертности после операции не имели статистически значимой разницы (p>0,05).

Выводы. Опираясь на полученные данные, можно отметить эффективность и безопасность режима FLOT у пожилых пациентов, поскольку не наблюдалось статистически значимой разницы в отношении частоты полного ответа, частоты осложнений в двух возрастных группах.

Лейкина В.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА В МЕЖМОРБИДНЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ

В последние десятилетия у детей раннего возраста наблюдается тенденция к затяжному и осложненному течению рецидивов острых бронхитов (Зайцева О.В., 2015; Нестеренко З.В., 2017). Рецидивирующее течение острых

бронхитов у детей раннего возраста связывают

с «декомпенсацией незрелых иммунных механизмов» (Мартынова Г.П., 2017). Неоднозначность данных о состоянии иммунной системы детей раннего возраста

с рецидивирующим бронхитом (РБ) требует дальнейшего изучения иммунного статуса этих детей, особенно в межморбидный период, что, в свою очередь, очень важно для планирования эффективных реабилитационных мероприятий.

Цель работы

Изучить особенности иммунного статуса у детей раннего возраста с РБ

в межморбидный период.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 36 детей с РБ в возрасте от 1-го года до 3-х лет. Объем иммунологических исследований включал: определение количества CD3+, CD4+, CD8+, CD22+лимфоцитов, уровней IgA, IgM, IgG и ЦИК в сыворотке крови, определение фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов. Обследование детей проводили

в межморбидный период и не ранее чем через 1 месяц после последнего эпизода ОРВИ.

Результаты исследования и их обсуждение

В межморбидный период у детей с РБ определялось достоверное (P<0,001) снижение ко-

личества CD3+лимфоцитов. Дефицит CD3+ по средним данным составил 47,8%, что соответствовало 2 степени иммунной недостаточности. Более чем у половины (60%) детей с РБ выявлен выраженный дефицит CD4+лимфоцитов, обладающих хелперной активностью. Низкий уровень основных субпопуляций лимфоцитов может быть результатом «миграции субпопуляций CD3+ и CD4+ лимфоцитов в очаг воспаления для реализации своего эффекторного и регуляторного потенциала» (Лолор Г. и др., 2000), что, в свою очередь, может указывать на наличие воспалительных изменений в слизистой оболочке бронхов у детей с РБ в межморбидный период.

Гуморальные факторы иммунитета характеризовались достоверным ($P < 0,01$) снижением CD22+лимфоцитов, уровней IgM, IgA и IgG по средним данным и повышением уровней ЦИК в сыворотке крови. Недостаточный уровень гуморального иммунитета может предрасполагать к возникновению у детей с РБ в межморбидный период «новых» ОРВИ, которые являются основными триггерами повторных эпизодов РБ.

Процессы фагоцитоза у детей с РБ характеризовались сниженной поглотительной способ-

ностью нейтрофильных гранулоцитов при одновременно повышенном их уровне. Отмечалось достоверное ($P < 0,001$) превышение нормативных значений уровней спонтанного НСТ-теста, что может свидетельствовать о повышенной бактерицидной активности нейтрофильных гранулоцитов, и может быть следствием возможной персистенции микробной флоры в организме детей с РБ в межморбидный период.

Заключение

Иммунный статус детей раннего возраста с рецидивирующим бронхитом

в межрецидивный период характеризуется вторичной иммунной недостаточностью

с дефицитом субпопуляционного состава лимфоцитов и основных классов сывороточных иммуноглобулинов на фоне высокой метаболической активности нейтрофильных гранулоцитов. Результаты исследования диктуют необходимость проведения рациональной и дифференцированной иммунокорректирующей терапии в комплексе реабилитационных мероприятий детей раннего возраста с рецидивирующим бронхитом.

Лепшина С.М., Атаев О.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В нашей Республике основными методами выявления туберкулеза среди взрослого населения являются активный клинический скрининг населения на ТБ (АКС-ТБ) и флюорографическое обследование. Ошибки в диагностике связаны с невыполнением стандартов обследования на туберкулез, недостаточной квалификацией врачей УЗ ОЛС и их низкой фтизиатрической настороженностью, отсутствием конструктивного взаимодействия между врачами общей практики и фтизиатрами.

Проанализированы 122 медицинские карты стационарных больных, которые находились на лечении в специализированном отделении РКТБ МЗ ДНР в 2015-2018 гг., с впервые диагностированным туберкулезом легких (ВДТБ). Возраст исследуемых был от 18 до 76 лет, средний возраст составил $39,16 \pm 1,89$. Пациенты были разделены на группы своевременно и несвоевременно выявленных больных. В группу своевременно выявленных больных туберкулезом (группа 1)

относили: лиц с ограниченными по протяженности поражениями легочной ткани (не более двух сегментов), без деструктивных изменений, без бактериовыделения. В группу несвоевременно выявленных больных туберкулезом (группа 2) были отнесены пациенты с обширным поражением легочной ткани, наличием деструкции, имеющимся бактериовыделением.

У большинства исследуемых больных зарегистрировано несвоевременное выявление туберкулеза – у 103 (84,4%) человек, своевременно туберкулез легких выявлен у 19 (15,6%) человек. Среди 103 больных, выявленных несвоевременно, преобладали мужчины – 69 (66,9%) человек. Большинство из них (90,5%) – люди трудоспособного возраста от 20 до 60 лет. До госпитализации 22 (21,4%) больных работали, безработных трудоспособного возраста было 62 (65,0%), инвалидов – 7 (6,8%). пенсионеров – 8 (7,8%), учащихся – 4(3,9%). Что касается распределения по клиническим формам туберку-

леза, то во 2 группе преобладающими были две формы: инфильтративная с распространенностью процесса более 2 сегментов – 65 (63,1%) и диссеминированная – 38 (36,9%) человек. В 1 группе: инфильтративная форма (распространенность процесса менее 2 сегментов) выявлена у 19 (100%) больных. У 10 (9,7%) человек рентгенологическое исследование органов грудной клетки (ОГК) проведено только при отсутствии эффекта от проводимого лечения, а не при обращении к врачу. У 3 (2,9%) пациентов рентгенологическое обследование ОГК в учреждениях общей лечебной сети не было выполнено вовсе и впервые было выполнено лишь в поликлинике противотуберкулезной больницы. Из 90 (87,4%) человек, прошедших рентгенологическое обследование в УЗ ОЛС, только у 40 (44,4%) из них удалось сравнительно рано выявить патологические изменения в легких, заподозрить специфический характер заболевания и относительно быстро установить диагноз туберкулеза. Во 2 группе из 103 больных к группам риска относи-

лись 64 (62,1%) человека, которые должны были обследоваться флюорографически ежегодно. Из этой группы ежегодные профилактические осмотры проходили только 15 (23,4%) человек. В течение одного года были обследованы флюорографически 27 (26,2%) из 103 человек. Среди исследуемых больных, выявленных при обращении в УЗ ОЛС, микроскопическая диагностика мокроты на кислотоустойчивые бактерии (КУБ) в УЗ ОЛС проводилась во 2 группе всего у 43 (48,9%) из 88 человек. В 1 группе микроскопия мокроты была выполнена лишь у 3 (27,3%) из 11 человек.

Регулярные профилактические осмотры, строгое выполнение обязательного диагностического минимума клинического обследования на туберкулез, ответственное формирование групп риска по туберкулезу и их качественный учет, квалифицированное микроскопическое исследование мокроты на КУБ приведут к уменьшению числа несвоевременно выявленных больных туберкулезом легких.

Лепшина С.М., Дубосар Е.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Туберкулез, как инфекционное заболевание, на протяжении многих лет представляет собой актуальную проблему здравоохранения. Важную роль в эпидемическом процессе играют очаги туберкулезной инфекции.

Очагом туберкулезной инфекции принято считать место нахождения больного туберкулезом вместе с окружающими людьми и средой в тех временных и пространственных рамках, в которых возможно возникновение новых случаев инфицирования. Значительное влияние на заболеваемость туберкулезом контактных лиц оказывает категория очага инфекции, длительность заболевания у источника инфекции, наличие бактериовыделения и его массивность. Также для развития случаев туберкулеза в очагах имеют значение малый размер жилой площади на одного человека, уровень инсоляции и микроклимат в квартирах больных.

Наибольшую опасность представляют очаги, расположенные в коммунальных квартирах, общежитиях, домах гостиничного типа, потому что в таких очагах к контактным лицам относятся не только лица непосредственно проживающие с больным, но и соседи, и жители домов, расположенных в общем дворе.

К 2019 году показатель заболеваемости туберкулезом в регионе снизился на 27%, смертности на 24% по сравнению с 2015 годом. Однако, при этом удельный вес очагов с множественной лекарственной устойчивостью с каждым годом увеличивается. За 5 лет количество очагов мультирезистентного туберкулеза (МРТБ) увеличилось более чем в 1,5 раза.

По мнению ряда авторов лица, находящиеся в контакте с больными, выделяющими лекарственно-устойчивые микобактерии туберкулеза, заболевают в 3-4 раза чаще, чем пациенты из очагов, в которых чувствительность МБТ у источника инфекции к противотуберкулезным препаратам была сохранена. Количество заболевших контактных лиц в очагах в абсолютных числах невелико (ежегодно в пределах 25-50 человек), однако при статистических расчетах остается значительным интенсивный показатель (от 8,3 до 12,2 на 1 тыс. контактных лиц). Также у лиц, заболевших в очагах МРТБ выявляется более тяжелое течение процесса.

Современные проявления эпидемического процесса туберкулеза демонстрируют недостаточную эффективность противотуберкулезных мероприятий. Это может привести к значитель-

ному увеличению заболеваемости лиц, проживающих в контакте с бактериовыделителями в семейных очагах туберкулеза.

Организация своевременного выявления больных туберкулезом среди населения, улуч-

шение жилищных условий и материального благополучия, совершенствование противоэпидемических мероприятий в очагах МРТБ будет способствовать снижению заболеваемости туберкулезом контактных лиц.

Лепшина С.М., Ряполова Т.Л., Лепшина Е.А., Дубосар Е.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Несмотря на улучшение эпидситуации по туберкулезу в регионе в целом, эпидемиологическая ситуация по мультирезистентному туберкулезу (МРТБ) остается напряженной.

В последние десятилетия все более актуальным становится определение механизмов саморегуляции психической деятельности в норме и патологии, ресурсов организма человека и его личности для успешного преодоления последствий различных заболеваний, а также – сохранения или повышения способности к выполнению различных видов деятельности. Однако, несмотря на многочисленные исследования влияния психологических факторов на возникновение и течение болезни, наименее изученным остается способ совладания с заболеванием больных с хронической патологией.

Копинг – это способ, которым индивидуум поддерживает психосоциальную адаптацию в период стресса.

Для определения типов копинг-стратегии нами обследовано 95 пациентов с мультирезистентным туберкулезом легких и 68 пациентов с чувствительным туберкулезом (контрольная группа), сходных по гендерному и возрастному составу. Исследование было проведено в Республиканской клинической туберкулезной больнице МЗ ДНР.

Согласно результатам исследования, преобладающим в обеих группах, является копинг, ориентированный на избегание. При этом в основной группе таких пациентов оказалось более половины – 74 человека (77,8%), а в контрольной группе – менее половины – 21 человек (31%). Следует также отметить, что данные по субшкалам отвлечения и социального отвлечения, отно-

сящимся к избеганию, составили соответственно 29 (30,5%) и 25 человек (26,3%) в основной группе и 30 (31,6%) и 11 человек (11,6%) – в контрольной. Пациентов с копингом, ориентированным на решение задачи, в контрольной группе оказалось значительно больше, чем в основной – 32% и 14%, соответственно. При этом пациентов с копингом, ориентированным на эмоции, оказалось примерно поровну – 35% в основной группе и 39,5% – в контрольной.

Клинически таких пациентов отличали пассивность, формальность в общении, нежелание говорить о болезни и планах на будущее. Также результаты интервью показали, что больные ТБ ощущают дефицит информационной поддержки. Пациенты с копингом, ориентированным на избегание, демонстрируют пассивность, беспомощность, нежелание влиять на ситуацию, низкую готовность к сотрудничеству с врачом. Можно предположить, что «избегание», подкрепленное отсутствием выраженных болевых ощущений на начальных этапах болезни, затягивает пациента в круг мнимого благополучия, приводит к отказу от регулярного приема препаратов, что в последующем может стать причиной формирования у пациента устойчивых форм ТБ.

Таким образом, исследование типов копинг-стратегии пациентов с чувствительным и мультирезистентным ТБ легких, указывает на необходимость проведения психодиагностических мероприятий еще на начальных этапах болезни с целью выявления типов копинг-стратегии для последующей коррекции, формирования у пациентов приверженности к лечению и повышения эффективности оказания медицинской помощи.

Лецинский П.Т., Валиев О.А., Победенный А.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Беременность – это сложный динамический процесс, который требует пристального внимания со стороны врачей, так как может подвергаться различным неблагоприятным факторам внешней среды. Этими факторами могут являться травмы, вредные привычки, инфекции, а также стрессы. От того, как протекает беременность, зависит не только здоровье будущего ребенка, но и самой женщины.

У женщин, которые находились на территории военного конфликта 2014 г. в Донбассе, под воздействием длительного стрессового воздействия возникали различные изменения функциональных систем организма. У них появились новые или обострились хронические заболевания. Указанные факторы не могли не повлиять на течение беременности, состояние плода и новорожденного и процесс родов.

Цель работы: исследование течения беременности у женщин во время военного конфликта на Донбассе.

Материал и методы исследования. Изучение проведено путем ретроспективного анализа 280 историй родов в период с 2014 по 2019 гг. в Луганском городском перинатальном центре.

Результаты. В период продолжения активных боевых действий в 2015 г. и в ранний послевоенный период (2017 г.) было отмечено увеличение возрастных первородящих, что возможно рассматривать как результат эустресса, когда организм повысил адаптационные возможности организма женщины, тем более, что у половины женщин желанная беременность не наступала ранее в срок от 3 до 5 лет. Социальные условия и значительная доля возрастных первородящих обусловили появление анемии, в среднем, у 77,7% беременных, в т.ч. анемия легкой степени диагностирована у 58%, средней степени тяжести – у 18%, тяжелая – у 2%. Среди других патологических состояний, которые не встречались ни до, ни после военных действий, отмечены: у 2,0% женщин – черепно-мозговая травма с ин-

сультотом, у 2,0% – атрофия диска зрительного нерва и травма позвоночника. Фетопланцентарная недостаточность (ФПН) у женщин имела те же тенденции, что и анемия: с нарастанием в ранние послевоенные годы она встречалась у 15,7% рожениц в 2014 г. и в 56,1% случаях в 2016 г., а затем частота ее снизилась до 45,65% в относительно благополучном 2019 году.

Несмотря на выявленные нарушения течения беременности и родов, в среднем, у 81% женщин новорожденные имели показатель по шкале Апгар 8-10 баллов. Однако, в 19% случаев показатель по шкале Апгар колебался от 1 до 8 баллов, а именно: от 1 до 5 баллов – в 2,04% случаях, от 5 до 6 – у 2,04% беременных, от 6 до 7 – в среднем, у 3,6%, от 7 до 8 – у 14,72% родильниц.

Среди показаний к кесареву сечению клинически узкий таз у рожениц встречался в разные годы от 4,3% до 12,2%, что было чаще, чем в среднем, в популяции (1,3-1,7%). Кососмещенный таз диагностировался, в среднем, в 0,4% случаев. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) в период военных действий составила 2,04%, а в ранний период после активных боевых действий – количество случаев ПОНРП увеличилось вдвое – до 4,9%. Тазовое предлежание плода встречалось в нашей практике в изучаемые годы у 15,0% женщин или, в среднем, в 3-5 раз чаще, чем в рутинной акушерской практике (3-5% случаев). В процессе родов слабость родовой деятельности отмечалась, в среднем, у 11,4% рожениц, и чаще наблюдалась у возрастных первородящих с анемией. У этой же категории рожениц, в среднем, в 6,9% случаев наблюдался дистресс плода, что было чаще, чем в довоенный период.

Выводы. Военный конфликт как мощный стрессовый фактор оказал негативное влияние на течение беременности и родов у женщин и состояние плода.

Лимаренко М.П., Дубовая А.В., Бордюгова Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ВРОЖДЁННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Врождённые пороки сердца (ВПС) – это анатомические дефекты в структуре сердца, его клапанного аппарата или крупных сосудов, которые присутствуют с рождения. ВПС являются обычно следствием мультифакторного воздействия. Причиной ВПС могут быть как экзогенные, так и генетические факторы, действующие в период эмбрионального развития органов (от 16-го дня до 10-й недели после оплодотворения яйцеклетки). ВПС могут сочетаться с врождёнными пороками развития других органов и систем (мочевой, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы и др.). Распространённость множественных пороков развития составляет 0,9-2,4 на 1000 новорождённых.

Сочетание ВПС и печёночных аномалий известно как синдром Алажилия. Синдром включает сочетание не менее трёх из пяти основных признаков: хронический холестаз, сердечно-сосудистые дефекты, аномалии позвоночника, дефекты глаз, характерные черепно-лицевые признаки. Синдром Алажилия наследуется по аутосомно-доминантному типу. Генный дефект связан с частичной делецией короткого плеча 20-й хромосомы [20p11-12], где локализуется ген JAG1, что доказано молекулярно-генетическими методами исследования. Больная Н., 16 лет, с синдромом Алажилия наблюдалась в отделении детской кардиологии и кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака г. Донецка. Синдром Алажилия характеризовался гипоплазией внутрипечёночных жёлчных протоков, ВПС (периферический стеноз лёгочной артерии), изменениями со стороны опорно-двигательного аппарата (лицевые дисморфии, сколиоз грудного и поясничного отделов позвоночника, остеохондроз поясничного отдела, артралгии), особенностью строения органа зрения (задний эмбриотоксон), отставанием в физическом и половом развитии. Генетическое обследование, выполненное в г. Цюрихе, Швейцария, выявило мутацию гена JAG1 de novo.

Кроме того, у детей с ВПС отмечена более высокая частота аномалий мочевой системы – 3-6% новорождённых с ВПС в сравнении с 1,4% в общей популяции. Чаще всего выявляются такие аномалии, как гидронефроз, удвоение мочеточников, агенезия одной почки, аномалии расположения, почечная дисплазия. Больной М., 14 лет, находился в отделении детской кардиологии и кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака. Мультисистемное обследование пациента с использованием современных методов визуализации позволили установить диагноз: множественные пороки развития. ВПС: дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии. Состояние после пластики дефекта межжелудочковой перегородки синтетической заплатой, частичной инфундибулотомии. Агенезия левой почки. Комбинированный аортальный порок с преобладанием недостаточности II ст. Стеноз и недостаточность митрального клапана I ст. на фоне аномалии строения митрального клапана (единичная папиллярная мышца) и митрализации аортального порока. ХСН IIa ст. Дисплазия соединительной ткани I (максимальной) степени: диспластический рост зубов, гипермобильный синдром, пупочная грыжа, сколиоз, искривление носовой перегородки, извитой жёлчный пузырь, единичная папиллярная мышца в полости левого желудочка, субаортальная мембрана в выводящем тракте левого желудочка. Множественный кариес зубов. Гипертрофия нёбных миндалин (состояние после тонзиллэктомии.). Иммунный дисбаланс. Задержка физического развития. При этом анализы мочи у данного подростка были в норме, функция единственной почки не нарушена.

Таким образом, дети с врождёнными пороками сердца требуют углублённого обследования на предмет выявления возможных врождённых аномалий других органов и систем.

Линчевская Л.П., Бондаренко Н.Н., Пищулина С.В., Стрельченко Ю.И., Михайлова Т.И. Кишеня М.С., Фабер А.И., Есаулов А.Д.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОД МАЛЫХ ГРУПП КАК СПОСОБ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ

Важную роль в подготовке будущих специалистов-медиков в Донецком национальном медицинском университете играет не только совершенствование методов традиционного преподавания патофизиологии, но и освоение современных методик, адаптированных к российским стандартам образования. Одной из возможностей реализации этой задачи является использование на занятиях так называемого метода малых групп – самостоятельного изучения учащимися нового материала посредством сотрудничества в малых группах. В качестве примера такой формы обучения можно привести проведение практического занятия по теме «Патология печени».

Для достижения поставленных целей преподаватель до занятия: подбирает конкретные ситуации (кейсы); определяет основные вспомогательные материалы к занятию (таблицы, схемы, лабораторное оборудование и проч.); разрабатывает алгоритм проведения занятия. Во время проведения практического занятия преподаватель: кратко сообщает актуальность темы и формулирует проблемы этой патологии; проводит блицопрос; на основании его результатов делит студентов на подгруппы целью создания благоприятных условий для формирования у студентов информационных, коммуникативных навыков; корректирует работу студентов; оценивает решение студентами целевых клинически ориентированных задач; следит за выполнением практической части занятия.

Студенты накануне занятия получают конкретные ситуации и список рекомендованной литературы и готовится к обсуждению ситуации. Во время занятия: задают вопросы, углубляющие понимание проблемы; разрабатывают варианты решений, формируют гипотезы, методом исключения объясняют механизмы изучаемых процессов, принимая во внимание мнение всей подгруппы; участвуют в принятии решений. Способ решения целевых обучающих заданий по теме занятия – формирование ма-

лых групп, которые проводят поиск способов решения задач по различным источникам информации (учебники, лекции, методуказания, таблицы, граф логической структуры занятия, консультации преподавателя). В качестве примера – обучающее задание по теме «Патология печени»: Определите понятие «желтуха» и объясните механизм нарушения обмена пигментов при механической, гемолитической либо паренхиматозной желтухе. Примером решения клинически ориентированных ситуационных заданий по этой теме может быть следующее задание: У больного 56-ти лет после операции протезирования клапанов сердца появилось желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых, потемнение мочи и кала. Обследование больного показало наличие анемии, спленомегалию и повышение в крови билирубина за счет непрямого его фракции. В моче определяется наличие стеркобилина. Какой вид желтухи отмечается у больного? Какова ее причина? Как можно объяснить возникшую анемию? Чем объясняется потемнение мочи и кала, желтушное окрашивание кожи? Почему в моче не обнаруживается билирубин?

Далее студенты выполняют практическую часть работы. В конце занятия преподаватель проводит итоги и оценивает работу всех подгрупп.

Учитывая низкий познавательный интерес, невысокий уровень самореализации многих нынешних студентов, использование такого способа обучения в малых группах позволяет максимально продуктивно использовать резерв отдельных членов группы, чтобы улучшить обучение всех членов группы. Умение работать в группе – неотъемлемая часть профессиональной деятельности врача. Предполагаемый способ обучения раскрывает творческий потенциал студентов, повышает мотивацию к обучению, развивает умственные способности, высокую степень активности, ответственности, коммуникабельности.

Линчевский Г.Л., Головки О.К., Колесников А.Н., Абдулин Р. Ф., Бессонов Д.А.***

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк*
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства, г. Донецк**

О НЕКОТОРЫХ НОВЫХ ВЗГЛЯДАХ НА ПРОБЛЕМУ БЛД У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

В последнее десятилетие неонатология сделала большой шаг по совершенствованию оказания помощи недоношенным новорожденным детям с очень низкой (ОНМТ) и чрезвычайно низкой массой тела (ЭНМТ). На фоне этого актуальной стала проблема лечения респираторных расстройств у этой группы детей с бронхолегочной дисплазией (БЛД), требующая усилий многих специалистов. Достигнутые успехи в разработке, изучении и внедрении в практику передовых методов жизнеобеспечения позволили снизить смертность и как следствие – повысить частоту БЛД в этой группе новорожденных. Согласно литературных данных сегодня БЛД — наиболее часто встречающееся хроническое заболевание легких у детей на первом году жизни с повторной госпитализацией и высоким риском смертельных осложнений в виде острого бронхоолита (чаще вызванного респираторно-синцитиальным вирусом), легочной гипертензии, тяжелой белково-энергетической недостаточности, коморбидных заболеваний. У доношенных детей БЛД может развиваться в редких случаях, только при тяжелой степени задержки внутриутробного роста плода или у новорожденных, маленьких для гестационного возраста с ОНМТ или ЭНМТ при рождении. Согласно с Классификацией клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей 2008г. Под «маской» ранее диагностируемой БЛД доношенных протекают интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) новорожденных, а следствием синдрома аспирации мекония является облитерирующий бронхоолит.

Проведенный нами анализ заболеваемости и

смертности в группе недоношенных новорожденных детей с ОНМТ и ЭНМТ свидетельствует о все возрастающей необходимости в выработке единых диагностических критериев и подходов к определению понятия БЛД у детей с затянувшимся РДС и находящихся на СРАР (постоянное положительное давление в дыхательных путях) терапии, в различных весовых и гестационных категориях до одного месяца или 40 недель постконцептуального возраста. До настоящего времени не существует единых критериев в постановке диагноза БЛД. Среди наиболее частых – это потребность в инвазивной/неинвазивной ИВЛ, респираторной СРАР поддержке, длительности сохранения кислородозависимости – 28 суток жизни, стойкое паренхиматозное поражение легких и ПКВ (постконцептуальный возраст) 36 или 40 недель. Исходя из этого – до 28 суток жизни диагноз БЛД не ставится, а имевшее место разделение понятия БЛД на «классическую» и «новую» формы не имеет поддержки из-за трудности диагностики. На этом этапе правомочны понятия «формирование БЛД» или «группа риска по развитию БЛД».

Диагноз БЛД может быть установлен на аутопсии у детей в возрасте с 14 дней жизни до 36 недель ПКВ в случае летального исхода, обусловленного стойким паренхиматозным поражением легких и дыхательной недостаточностью, которую нельзя объяснить другими причинами (например, некротизирующим энтероколитом, внутрижелудочковым кровоизлиянием, сепсисом и т.д.). Таким образом, БЛД является мультидисциплинарной проблемой современной медицины.

Липатов В.А., Северинов Д.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ГУБЧАТЫХ АППЛИКАЦИОННЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

В настоящее время одной из существенных проблем абдоминальной хирургии является поиск надежного и нетравматичного способа остановки кровотечения при операциях на па-

ренхиматозных органах брюшной полости по поводу их травмы. Локальные аппликационные гемостатические материалы являются представителями бесшовного (неинвазивного) подхода

к остановке подобных кровотечений и благодаря своему механизму применения не травмируют поврежденный орган. Разработка таких средств является одним из перспективных направлений современной хирургии.

Цель исследования – оценить физические (коэффициент полной пористости, сорбционная способность) свойства губчатых аппликационных гемостатических материалов.

Материалы и методы. В качестве материалов исследования использовали образцы гемостатических материалов: Tachocomb (№1), Gelita-Spon Standard (№2), Surgicel Fibrillar (№3), экспериментальные образцы, представляющие собой местные губчатые кровоостанавливающие средства на основе натрий-карбоксиметилцеллюлозы (Na-КМЦ) с различными модификациями, разработанные авторами совместно с ООО «Линтекс» (г. Санкт-Петербург): Na-КМЦ+транексамовая кислота, прессованный (№4), Na-КМЦ+транексамовая кислота, непрессованный (№5), Na-КМЦ прессованный (№6), Na-КМЦ непрессованный (№7). Для определения сорбционной способности губок на дно пробирок помещали металлическую проволоку, сверху помещали фильтровальную бумагу. Образцы 1 см³ выдерживали в подогретой воде, затем центрифугировали, после чего снимали с фильтровальной бумаги и измеряли массу. При исследовании коэффициента полной пористости придерживались той же последовательности действий, но погружали губки в ортоксилол. Рассчитывали медианы, 25 и 75

перцентили (Me [25;75]). Определяли достоверность отличия средних величин с помощью критерия Манна-Уитни (U), при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Значения коэффициента полной пористости образцов групп № 1 и № 2 статистически значимо отличаются от значений группы № 3 на 48,28 и 41, а значения образцов группы № 3 превышают значения образцов группы № 4 на 40,57. В свою очередь значения исследуемого свойства группы № 6 на 24,55 меньше, чем в группе № 2, и в 2,4 раза – чем в группе № 3. Значения сорбционной способности единицы объема губки группы № 3 в 6 раз меньше по сравнению с группой № 2. Значения сорбционной способности единицы массы губки образцов группы № 1 статистически значимо отличаются от значений групп № 2 (на 101,15 моль/кг меньше) и № 3 (на 63,09 моль/кг больше), группы № 6 (в 12,3 раза больше).

Заключение. Наибольшие значения показателя «полная пористость» отмечается в группе № 3 (Surgicel Fibrillar), что обуславливает высокую адгезивную способность данного материала. При исследовании сорбционной способности единицы объема и массы губки наибольшее значение среди экспериментальных групп отмечается в группе № 2. Опираясь на представленные выше результаты, следует, что большим количеством позитивных свойств обладают такие образцы как Tachocomb и Gelita-Spon Standard, разработанные авторами образцы занимают среднее положение, а по некоторым параметрам и более высокое.

Листратенко Д.А. , Кардаш А.М. , Листратенко А.И. , Ващенко А.В.

ДОКТМО

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА В УСЛОВИЯХ ВОЙНЫ В МЕГАПОЛИСЕ С 2014 ПО 2020 ГГ.

Цель исследования. 1. Провести анализ качества оказания специализированной нейрохирургической помощи больным с огнестрельными ранениями черепа в условиях войны, оперированных в клинике нейрохирургии ДОКТМО и в ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк в период с 2015 по август 2020 гг, определить прогнозы для жизни у данных пациентов. 2. Оптимизировать хирургическую и терапевтическую коррекцию выделенных осложнений в условиях боевых действий в мегаполисе (на примере работы нейрохирургической клиники ДОКТМО, г. Донецк).

Материалы и методы. За период с мая 2014г по настоящее время, в клиниках нейрохирургии г.Донецка оказана помощь более 4000 человек с закрытыми и открытыми (проникающими) черепно-мозговыми травмами, полученными в ходе боевых действий. При поступлении больные были обследованы при помощи КТ, рентгенографии костей черепа.

Больные были осмотрены травматологами, ЛОР-врачами, окулистами, челюстно-лицевыми хирургами, комбустиологами, нейрореаниматологами. Время от получения травмы до оперативного пособия – до 2-х часов. Боевые действия

в мегаполисе (в городе с населением в 1 миллион жителей). Расстояние от ближайшей горячей точки до клиники нейрохирургии составляет до 13 км. Больным выполнялись нейрохирургические операции – ПХО огнестрельных ранений черепа с удалением гематом, костных отломков и осколков, пластика костных дефектов, крововывода черепа.

Результаты. В 1й группе пациентов – ранения мягких тканей головы – до 2000 человек. Во 2й группе пациентов – непроникающие ранения черепа – до 1200 человек. В 3й группе пациентов – проникающие черепно-мозговые травмы – до 800 человек. 1я группа больных – самая многочисленная. ПХО проводилась в ближайшие часы с момента травмы. Больные с сотрясением головного мозга проходили лечение в клинике нейрохирургии непродолжительное время – до 10 дней. Прогноз для жизни – благоприятный.

2я группа больных – характеризуется более тяжёлым течением ЧМТ. Проводились операции по удалению костных отломков, осколков снарядов, пули. Пластика обширных кожных дефектов совместно с комбустиологами, выполнялась как urgentная операция для предотвращения гнойно-воспалительных осложнений ЦНС. Продолжительность пребывания больных до 2-х месяцев, включая несколько этапов – таким больным проводились пластические операции. Прогноз для жизни – благоприятный.

Анализируя все клинические случаи боевых ранений черепа, мы выделяем особое место ранениям лицевой части черепа, особенно кра-ниоорбитальной с повреждениями орбиты и ее структур.

Из 15 клинических случаев осколочных ранений кра-ниоорбитальной локализации:

-5 пациентов с повреждением зрительных нервов, у одного из которых- повреждение 2х нервов сразу в результате слепого осколочного ранения.

-в 9 случаях выполнена энуклеация поврежденного глаза;

- в одном – экзентерация орбиты, удаление костных отломков, пластика ТМО, так как ранение оказалось проникающим, с повреждением костей основания черепа, ликвореей из раны. Ввиду дефекта мягких тканей параорбитальной области (обоих век), комбустиологами (ИНВХ г.Донецк) дефект закрыт поворотным лоскутом из лобной области.

3я группа – самая тяжёлая категория пациен-

тов. Это группа больных с тяжёлым повреждением головного мозга. Летальный исход до 15%, высокая степень инвалидизации. Длительный период реабилитации, социальной адаптации – до 8 месяцев.

Выводы. При современных боевых действиях в условиях мегаполиса ранения в голову составляют более 50% пострадавших. При боевых действиях помимо военнослужащих среди пострадавших отмечается большое число мирных жителей – до 25%. В условиях войны в мегаполисе первая медицинская помощь оказывалась бригадами скорой помощи, которые доставляли больных в клинику нейрохирургии. Военным первая медицинская помощь оказывалась на поле боя. Время от получения ранения до оказания специализированной нейрохирургической помощи всем больным – до 2-х часов. В связи с этим – небольшое количество инфекционно – воспалительных осложнений лечения больных с огнестрельными ранениями черепа – до 1%. Умершие больные – до 20% случаев, имели сочетанные ранения конечностей, грудной клетки, брюшной полости, головы.

Так мы определили, что:

1.Среднее время, с момента поступления, до оказания специализированной НХ помощи должно быть не более 2 часов.

2.Количество гнойно-воспалительных осложнений при осколочных ранениях черепа напрямую зависит от быстроты оказания специализированной нейрохирургической помощи.

3.Осколки глубинной локализации не удаляются.

4.Прогноз для жизни у больных с осколочными ранениями выше, чем с пулевыми из-за низкой кинетической энергии осколка.

5.При пулевых ранениях – больше тканевых повреждений из-за высокой кинетической энергии пули.

6.Выполнение ПХО вне специализированного центра только по жизненным показаниям у нетранспортабельных больных. Транспортабельные больные подлежат срочной эвакуации в специализированный нейрохирургический центр с целью уменьшения вероятности ликвореи, тканевых, сосудистых, гнойно-воспалительных осложнений.

7. Пластика обширных кожных дефектов совместно с комбустиологами, показана как urgentная операция для предотвращения гнойно-воспалительных осложнений ЦНС.

Литвинов Г.А., Яровая О.А., Литвинова О.Н.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ДИАГНОСТИКА ЭВАКУАТОРНОЙ СПОСОБНОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ ПРИ ВРОЖДЁННЫХ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В нашей работе мы определяли нарушения моторно-эвакуаторных свойств различных отделов толстой кишки.

В основу нашей работы положен опыт обследования 192 детей с хроническими запорами при врожденных аномалиях развития толстой кишки. Общеизвестным методом ирригографии установлена врожденная аномалия развития толстой кишки: мегадолихоколон у 89 (46,5%) детей, мегаколон у 65 (33,8%) детей, долихосигма у 31 (16,1%) ребенка, болезнь Пайра у 7 (3,6%) детей.

Ввиду анатомических особенностей толстая кишка труднодоступна для исследования на всем протяжении, поэтому наиболее изучены ее терминальные отделы. Оценить их функциональное состояние можно на основе следующих параметров: перистальтической и пропульсивной активности, резервуарной функции прямой кишки, состояния замыкательного аппарата, возможности эвакуации кала.

У всех больных предварительно мы определили вид запора. При данном исследовании был определен терминальный запор у 179 (93,2%) детей и кологенный запор у 13 (6,8%) детей.

Нами проведено исследование эвакуаторной способности прямой кишки при различных врожденных аномалиях развития толстой кишки у детей. Для изучения эвакуаторной способности прямой кишки мы применили метод имитации акта дефекации.

Латексный баллон вводили в прямую кишку ребенку, находящемуся в положении «на спине». Затем, после периода адаптации, через 3-5 минут в баллон последовательно вводили различный объем (20, 50, 100 мл и так далее) жидкости комнатной температуры.

После введения определенного объема жидкости при появлении позыва на дефекацию, ребенка переводили в положение «на корточках»

и предлагали, тужась, эвакуировать баллон из прямой кишки. Учитывали объем введенной жидкости, время необходимое для эвакуации баллона и число потуг. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей акта дефекации у детей с хроническими запорами.

Показатели
Терминальный запор N = 179
Кологенный запор N = 13
Критерий вероятности ошибки P = 0,000
Объем введенной жидкости (мл) M ±SD
380±10 терминальный запор
80±5 – кологенный запор
Время дефекации (сек) M ±SD
480±20 -терминальный запор
60±5 – кологенный запор
Количество потуг M ±SD
16±5 – терминальный запор
5±1 – кологенный запор
M – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение

Учитывая адекватную оценку данного исследования, метод имитации акта дефекации мы проводили у детей в возрасте от 4 до 18 лет.

Исследование эвакуаторной способности прямой кишки позволяет доказать наличие инертной прямой кишки, которая сочетается с терминальными запорами.

Данный метод прост в проведении, не требует специальной подготовки ребенка к исследованию, не требует больших материальных затрат.

При данном исследовании постановка диагноза инертной прямой кишки на фоне аномалий развития толстой кишки позволяет индивидуализировать подход к выбору лечебной тактики при данной патологии и удобен при анализе отдаленных результатов лечения.

Лихолетов А.Н.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, ДНР,
Республиканский травматологический центр, г.Донецк, ДНР

СИНДРОМ ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА

Под синдромом оперированного позвоночника (синдром неудачной операции на позвоночнике, FBSS-failed back surgery syndrome) понимают, несмотря на проведение одной или нескольких операций, стойкие боли которые сохраняются в послеоперационном периоде. FBSS включает следующие проявления: рецидив грыжи межпозвонкового диска, стеноз позвоночного канала и нестабильность на оперированном уровне; синдром смежного уровня; дисцит и раневую инфекцию, фасеточный синдром; фиброзную атрофию мышц; рубцово-спаечный эпидурит, арахноидит; эпидуральную гематому; поломку или смещение имплантов, резорбцию кости в области установки импланта. Проанализированы результаты лечения 21 больных, находившихся на лечении в клинике нейрохирургии РТЦ г.Донецка в период с 2017г. по 2020г. по поводу повторных оперативных вмешательств при дистрофических заболеваниях пояснично-крестцового отдела позвоночника. Мужчин было 12, женщин – 9. Возраст составил от 21 до 67 лет. Все больные проходили клиническое обследование, функциональную спондилографию, МРТ, СКТ. 6 пациентов оперированы по поводу

возникновения грыж дисков, где первично выполнялась операция, 6 – по поводу стеноза позвоночного канала и развитием нестабильности на ранее оперированных уровнях. У 3 больных – по поводу разрушения стабилизирующих конструкций. По поводу рубцово-спаечного эпидурита в сочетании с нестабильностью оперативное вмешательство выполнено у 3 больных. У 3 пациентов развилась резорбция вокруг межтеловых опор. Во всех случаях было произведено повторное оперативное вмешательство с использованием трансфораминального межтелового спондилодеза в сочетании с транспедикулярным остеосинтезом. Результаты хирургического лечения во многом зависят от правильного определения показаний и выбора соответствующего вида оперативного пособия. Одним из факторов FBSS является несоответствие между ожиданиями пациента и возможными реальными исходами хирургии. Методика трансфораминального спондилодеза в сочетании с транспедикулярным остеосинтезом является обоснованным методом хирургического лечения пациентов с показаниями к повторному вмешательству.

Лобанов Г.В.¹, Труфанов И.М.², Кирьякулова Т.Г.¹, Островецких О.А.², Мазниоглов А.В.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

²Республиканский травматологический центр, Донецк.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ PRP-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Остеоартроз – самая распространенная форма хронического прогрессирующего поражения суставов, характеризующаяся дегенерацией суставного хряща и последующими изменениями в субхондральной кости, что приводит к разрушению хряща, поражению других компонентов сустава и становится одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности. Одной из главных методик лечения остеоартроза – внутрисуставное введение лекарственных препаратов. В качестве альтернативного метода применяется внутрисуставные инъекции ауто-

логичной тромбоцитарной массы, которая является биологическим стимулятором.

Цель исследования. Оценка эффективности применения PRP терапии у пациентов с остеоартрозом тазобедренного и коленного сустава 2-3 степени.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 32 пациентов в возрастной группе от 40 до 80 лет с остеоартрозом тазобедренного и коленного суставов с средней физической активностью, и яркой выраженной болевой симптоматикой. Все пациенты в течение по-

следних лет неоднократно получали различные виды консервативной терапии (нестероидные противовоспалительные средства, хондропротекторы, физиофункциональное лечение, хондропротекторы) практически без положительного эффекта, либо с кратковременным эффектом. Основная категория пациентов – это женщины старше 55 лет, двое пациентов мужчин с коксартрозом, который развился в следствие травмы нижних конечностей. Всем пациентам был проведен курс аутоплазмотерапии, состоящий из 4-х инъекций в тазобедренный и коленный суставы с периодичностью 7-10 дней. Для получения PRP применялся двухэтапный метод центрифугирования. Процедура проводилась с использованием пробирок с раствором цитратного гемоконсерванта с декстрозой. Для оценки эффективности лечения остеоартроза суставов использовали индекс WOMAC – это общепринятая анкета, состоящая из 24 вопросов. Выраженность боли в суставе оценивалась самим пациентом с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты и их обсуждение. Первая оценка результатов проводилась до проведения PRP-терапии и вторая через 1 неделю после 4 -х инъекций аутологичной тромбоцитарной плазмы. При ответе на вопросы касательно болевой сим-

птоматики и выраженности ригидности суставов по шкале WOMAC пациенты отмечали вариант №3 «сильная активность» или «крайне сильная». После проведенного курса у 28 пациентов из 32 активность болевой симптоматики снизилась до «слабой» и «средней» и снижалась тенденция к суммарному индексу WOMAC. Анализ динамики боли по ВАШ выявил статистически значимое снижение уровня боли к концу лечения по сравнению с исходным уровнем ($65,3 \pm 7,4$ мм исходно против $45,4 \pm 8,3$ мм). Большинство пациентов после проведенной терапии испытывали умеренные болевые ощущения в суставах после длительной ходьбы (более 2 часов), а также после длительной, тяжелой работы на дому.

Выводы.

Полученные данные при лечении PRP терапией у пациентов с остеоартрозом тазобедренного и коленного сустава 2-3 степени свидетельствуют о существенной положительной динамике, выражающейся в уменьшении болевого синдрома (ВАШ, WOMAC), увеличении функциональных возможностей суставов, улучшении качества жизни. Внутрисуставное введение плазмы обогащенной тромбоцитами можно отнести к важным звеньям в комплексном лечении остеоартроза крупных суставов.

Лохматова И.А., Еришова И.Б.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

В настоящее время проблема сохранения и укрепления здоровья детей и подростков является приоритетной в решении задач политики здравоохранения. Фундаментом современной системы педиатрической помощи, доброжелательной к ребенку и его семье, призвана стать медицинская профилактика, базирующаяся на инновационных организационных, медицинских и информационных технологиях. Неуклонное снижение количества здоровых школьников приводит к разработке здоровьесберегающих технологий обучения. Показатель качества жизни (КЖ) дает возможность оценить субъективное восприятие ребенка относительно его благополучия и состояния здоровья, а также провести оценку эффективности применяемых технологий.

Цель: Оценить динамику физического развития младших школьников и провести анализ влияния здоровьесберегающих технологий обу-

чения в школе на показатели качества жизни детей 8-10 лет.

Материалы и методы: Обследовано 116 детей (средний возраст $9,31 \pm 1,14$ лет): группа А (62 чел.), обучение которых проводилось согласно методике «Обучение в режиме сенсорной свободы и психомоторного раскрепощения» (автор В. Базарный); группа Б (54 чел.) – без внедрения здоровьесберегающих технологий в систему обучения. Группы сопоставимы по возрасту и полу. Инструментом исследования качества жизни стал международный опросник Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0TM), блок для детей 8-12 лет. Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерных программ Microsoft Excel 7,0, Statistica 6,0. Для статистического расчета использовался критерий Манна-Уитни.

Результаты: В результате анализа антропометрических показателей детей, а именно роста,

веса и окружности головы, нами было установлено, что лишь четверть первоклассников имели гармоничное развитие, при этом 30-35% детей были дисгармоничны, а почти 43% имели резко дисгармоничное развитие. При сравнении этих показателей через 1 год мы отмечаем тенденцию к изменениям показателей, к сожалению, не в лучшую сторону. Так дети группы сравнения имеют четкую тенденцию к резкой дисгармоничности физического развития. В группе детей, обучающихся по здоровьесберегающей системе, значимых изменений не было выявлено. Для оценки влияния здоровьесберегающих технологий обучения особенно важным является учет формирования нарушений опорно-двигательного аппарата. Нарушения осанки были выявлены нами у 45% детей основной группы. В группе сравнения нарушения осанки отмечали у 54% детей. Нарушения осанки были выявлены нами у 45% детей основной группы. В группе сравнения нарушения осанки отмечали у 54% детей. Половина детей с нарушением осанки были резко дисгармоничны, 42% – дисгармоничны. Лишь 8% детей имели гармоничное развитие. Плоскостопие методом плантографии было выявлено у 30% детей. Несколько чаще у мальчиков (20%), чем у девочек (10%). В группе сравнения плоскостопие отмечали у 45% детей, без значимой разницы при сравнении мальчиков и девочек. В данном случае мы отмечали плоскостопие у детей не зависимо от гармоничности развития. Профилактике нарушений и сбережению зрения очень большое внимание уделяет методика сенсорной свободы и психомоторного раскрепощения, и не только потому, что сам автор методики является офтальмологом, а еще и потому что именно период школьного обучения характеризуется длительными нагрузками на зрительный аппарат ребенка-школьника. Мы установили, что нарушения зрения встречались

у половины первоклассников.

Показатели по аспектам Физическое функционирование (дети: $86,43 \pm 9,21$ против $77,24 \pm 8,33$, $p < 0,05$; родители: $84,21 \pm 7,22$ против $73,18 \pm 7,89$, $p < 0,05$) и Эмоциональное функционирование (дети: $83,44 \pm 6,32$ против $75,76 \pm 7,44$, $p < 0,05$; родители $74,22 \pm 8,31$ против $65,34 \pm 7,94$, $p < 0,05$) значимо выше были в группе А по оценке детей и их родителей. По оценке детей группы А значимо выше были показатели по аспекту школьное функционирование ($81,32 \pm 9,33$ против $73,13 \pm 8,36$; $p < 0,05$).

Заключение: 1. Четверть первоклассников имели гармоничное развитие, при этом порядка 30% детей дисгармоничны, почти половина имели резко дисгармоничное развитие. На гармоничность влияли показатели веса и окружности груди, которые принадлежали к центильным коридорам выше или ниже нормального.

2. Нарушения осанки были выявлены у 45% детей основной и 54,3% детей группы сравнения. 49,8% детей с нарушением осанки были резко дисгармоничны, 42% – дисгармоничны, 8% детей имели гармоничное развитие.

3. Плоскостопие выявлено у 30% детей основной и 45,7% детей группы сравнения.

4. Нарушение зрения встречались у 50% первоклассников основной группы и 59% детей группы сравнения. Из всех детей с нарушением зрения 55% имели резко дисгармоничное развитие, 28,5% – дисгармоничное, только 16,5% детей имели гармоничное развитие.

5. Здоровьесберегающие технологии в обучении детей младшего школьного возраста уже через 1 год от начала обучения (2 класс) способствуют улучшению КЖ по таким аспектам как физическое функционирование, эмоциональное функционирование, а также школьное функционирование.

Лубенская О.А., Абрамов В.Ал., Бойченко А.А., Трошина Е.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Цель исследования. Изучение особенностей самосознания пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» с различной выраженностью негативных симптомов.

Материал и методы исследования. Исследование особенностей самосознания больных

проводилась путем обследования 67 пациентов в возрасте 19-63 лет с установленным диагнозом «параноидная шизофрения», проходивших лечение на базе РКПБ г. Донецк. Распределение обследованных по полу: мужчины – 36 человека (54%), женщины – 31 человек (46%).

Психодиагностический метод исследования: шкала SANS (шкала негативной психопатологической симптоматики) – клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики, которая содержит 25 симптомов, сгруппированных в субшкалы: уплощение и ригидность аффекта, нарушения речи, апато-абулические расстройства, ангедония – асоциальность, внимание.

Оценка уровня экзистенциальной исполненности осуществлялась с помощью шкалы экзистенции А.Лэнгле и К.Орглер, которая включает в субшкалы: самодистанцирование (SD), самотрансценденция (ST), свобода (F), ответственность (V); личностные факторы: персональность (P), экзистенциальность (E) и показатель переживания меры исполненности (G). Статистическая обработка данных проводилась в пакете «MedStat».

Результаты. Средние значения показателей экзистенциальной исполненности в общей выборке в результате исследования составили: самодистанцирование – $25,8 \pm 1,8$ (средний показатель); самотрансценденция – $57,6 \pm 2,2$ (средний показатель); свобода – $41,5 \pm 1,8$ (средний показатель); ответственность – $43,4 \pm 2,4$ (средний показатель). Показатели факторов личности: персональность – $86,5 \pm 3,5$ (низкий показатель); экзистенциальность – $84,2 \pm 3,9$ (средний показатель); суммарный показатель – $169,4 \pm 7,1$ (низкий показатель).

Были выделены 3 группы опрошенных с различной выраженностью негативных симптомов

по данным шкалы негативной психопатологической симптоматики (SANS): 1 группа – пациенты с общим показателем 0-19; 2 группа – общий показатель – 20-39; 3 группа – общий показатель – 40 и более. По итогам статистической обработки при помощи критерия Краскела-Уоллиса выявлено, что между этими группами нет статистически достоверного различия ($p > 0,05$).

Выводы. Несмотря на то, что в группах не было выявлено статистически достоверных различий, в общей выборке опрошенных выявлены низкие значения показателя персональности и суммарного показателя. Низкий показатель персональности указывает на закрытость больных с диагнозом параноидная шизофрения. Это свидетельствует о том, что произошел достаточно длительный путь деструкции личности, что нарушило когнитивный и аффективный аспект. Неуверенность личности, стесненность, застенчивость на себе, неготовность к контакту с окружающим миром отображаются в низких параметрах общей экзистенциальной исполненности. Больным шизофренией свойственна аффективная уплощенность и скудность в отношении с социумом. Их жизнь практична и функциональна. Это делает больного беспомощным в понимании ценностей. Больные шизофренией нерешительны и не уверены в собственных заключениях. Им характерна тревожность, вызванная необходимостью принять решение из-за опасения возможных последствий. Полученные результаты могут быть учтены для проведения психотерапевтической работы и ресоциализации больных параноидной шизофренией.

Лубенская О.А., Абрамов В.Ал., Бойченко А.А.Трошина Е.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Цель исследования. Изучение особенностей самосознания пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» с различной выраженностью негативных симптомов.

Материал и методы исследования. Исследование особенностей самосознания больных проводилось путем обследования 67 пациентов в возрасте 19-63 лет с установленным диагнозом «параноидная шизофрения», проходивших лечение на базе РКПБ г. Донецк. Распределение обследованных по полу: мужчины – 36 человека (54%), женщины – 31 человек (46%).

Психодиагностический метод исследования: шкала SANS (шкала негативной психопатологической симптоматики) – клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики, которая содержит 25 симптомов, сгруппированных в субшкалы: уплощение и ригидность аффекта, нарушения речи, апато-абулические расстройства, ангедония – асоциальность, внимание.

Оценка уровня экзистенциальной исполненности осуществлялась с помощью шкалы экзи-

стенции А.Лэнгле и К.Орглер, которая включает в субшкалы: самодистанцирование (SD), самотрансценденция (ST), свобода (F), ответственность (V); личностные факторы: персональность (P), экзистенциальность (E) и показатель переживания меры исполненности (G). Статистическая обработка данных проводилась в пакете «MedStat».

Результаты. Средние значения показателей экзистенциальной исполненности в общей выборке в результате исследования составили: самодистанцирование – $25,8 \pm 1,8$ (средний показатель); самотрансценденция – $57,6 \pm 2,2$ (средний показатель); свобода – $41,5 \pm 1,8$ (средний показатель); ответственность – $43,4 \pm 2,4$ (средний показатель). Показатели факторов личности: персональность – $86,5 \pm 3,5$ (низкий показатель); экзистенциальность – $84,2 \pm 3,9$ (средний показатель); суммарный показатель – $169,4 \pm 7,1$ (низкий показатель).

Были выделены 3 группы опрошенных с различной выраженностью негативных симптомов по данным шкалы негативной психопатологической симптоматики (SANS): 1 группа – пациенты с общим показателем 0-19; 2 группа – общий показатель – 20-39; 3 группа – общий показатель – 40 и более. По итогам статистической обработки при помощи критерия Краскела-Уоллиса

выявлено, что между этими группами нет статистически достоверного различия ($p > 0,05$).

Выводы. Несмотря на то, что в группах не было выявлено статистически достоверных различий, в общей выборке опрошенных выявлены низкие значения показателя персональности и суммарного показателя. Низкий показатель персональности указывает на закрытость больных с диагнозом параноидная шизофрения. Это свидетельствует о том, что произошел достаточно длительный путь деструкции личности, что нарушило когнитивный и аффективный аспект. Неуверенность личности, стесненность, замкнутость на себе, неготовность к контакту с окружающим миром отображаются в низких параметрах общей экзистенциальной исполненности. Больным шизофренией свойственна аффективная уплощенность и скудность в отношении с социумом. Их жизнь практична и функциональна. Это делает больного беспомощным в понимании ценностей. Больные шизофренией нерешительны и не уверены в собственных заключениях. Им характерна тревожность, вызванная необходимостью принять решение из-за опасения возможных последствий. Полученные результаты могут быть учтены для проведения психотерапевтической работы и ресоциализации больных параноидной шизофренией.

Луганский Д.Е., Калиниченко Ю.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Распространенность ожирения (Ож) и избыточной массы (ИМ) тела в детской популяции значительно возросла за последние 10 лет: 10-30% детей 7-11 лет и у 8-25% подростков 12-15 лет. При этом число детей с ожирением удваивается каждые 3 десятилетия. С 1948 г. ожирение выделено как самостоятельная болезнь, тесно связанная с рядом серьезных осложнений, таких как дислипидемия и атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия, заболевания опорно-двигательного аппарата. В то же время сведений о наличии изменений тканей и органов полости рта (ПР) при экзогенно-конституциональном ожирении и ИМ тела, недостаточно. Углубленное изучение стоматологического статуса подростков и выявление маркеров данной патологии углеводного обмена в ПР может иметь немалое значение для своевременного направления к врачу-эндокринологу, лучшего понимания

патогенеза заболевания тканей и органов ПР и разработки с учетом выявленных нарушений комплекса диагностических, лечебных и профилактических мероприятий в стоматологии.

Цель данного исследования – повышение качества стоматологической помощи подросткам, страдающим Ож и ИМ тела, исходя из данных об особенностях состояния у них твердых тканей зубов и тканей пародонта.

На базе стационара ЛРДКБ проведено комплексное стоматологическое обследование 168 подростков (104 девочки, 62 мальчика) в возрасте 12-16 лет (средний возраст – $15 \pm 1,3$ года) с подтвержденным диагнозом экзогенно-конституционального ожирения разной степени выраженности (Е66 по МКБ-10). Стоматологическое обследование осуществлялось по методике ВОЗ (1997). Оценивали уровень гигиены ПР – отложения на зубах (K00.3) по индексу ОНІ-S (J. Green, J. Vermillion, 1964); состояние

твердых тканей зубов – кариес (K02); состояние тканей пародонта – заболевания пародонта (K05). Оценку состояния твердых тканей зубов осуществляли по следующим показателям: распространенность (%) и интенсивность кариеса зубов – КПУ(з). Для определения состояния тканей пародонта у школьников применялся индекс CPI (ВОЗ, 1997).

Установлено, что распространенность кариеса у подростков с диагнозом экзогенно-конституционального ожирения составила $75 \pm 0,03\%$, интенсивность кариеса – $4,3 \pm 0,35$; компоненты индекса КПУ(з) – К: $3,15 \pm 0,041$; П: $1,0 \pm 0,021$; У: $0,15 \pm 0,04$. В исследуемой нами группе подростков регистрировались заболевания пародонта – у 79%: хронический катаральный гингивит: локализованная форма (от 3 до 7 зубов) и генерализованная. Индекс CPI составил $3,43 \pm 0,05$ сегмента, при этом кровоточивость распространялась на $1,7 \pm 0,2$ секстанта, зубной

камень – на $1,5 \pm 0,16$, патологические карманы – на $0,23 \pm 0,3$. Упрощенный индекс гигиены ПР по Грину-Вермиллиону (ОНИ-S) у данной группы детей составил $3,23 \pm 0,05$, индекс налета – $2,23 \pm 0,25$, индекс камня – $1,0 \pm 0,17$.

Исследование не выявило существенных гендерных различий в проявлениях основных стоматологических заболеваний и уровне гигиены ПР, но отмечена тенденция к лучшему состоянию ПР у девушек. По нашему мнению, стоматологическая картина заболеваемости подростков данной группы является следствием пищевых привычек (мягкая пища, продукты с повышенным содержанием углеводов, фаст-фуд), а также нежелания посещать стоматолога. Данные о стоматологическом статусе подростков с диагнозом экзогенно-конституционального ожирения и с избыточной массой тела будут способствовать разработке стоматологических лечебно-профилактических мероприятий у данной категории больных.

Луцкий И.С., Бугаев К.С., Марусиченко Е.А., Ефименко М.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

ТРАНСЛИНГВАЛЬНАЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ КАК НОВЫЙ И ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Цель исследования. оценить эффективность метода транслингвальной нейростимуляции (ТНС) при реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями.

Материалы и методы. Анализ публикаций русскоязычных и зарубежных авторов по клиническому использованию метода транслингвальной нейростимуляции.

Результаты исследования. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из наиболее главных проблем во всех странах современного мира, и занимают в структуре общей заболеваемости второе место. Смертность от ССЗ составляет около 4 млн. человек из которых на долю Российской Федерации (РФ) приходится 1 млн. человек. В структуре всех ССЗ ведущие позиции занимают цереброваскулярные заболевания. В процессе терапии сосудистой патологии головного мозга, помимо медикаментозного лечения, важной основой является реабилитация. Активно применяются такие методы как лечебная физкультура, кинезотерапия, физиотерапия, массаж, иглорефлексотерапия. В настоящее время активно изучаются и используются методы реабилитации основанные на активации процессов нейропластичности посредством электро-

стимуляции, как в комплексе с остальными методами восстановления, так и самостоятельно. Нейропластичность это свойство человеческого мозга, заключающееся в возможности изменяться под действием опыта, а также восстанавливать утраченные связи после повреждения или в качестве ответа на внешние воздействия. Одним из методов активации данного процесса является транслингвальная нейростимуляция. В ее основе лежит активация синаптических контактов аксонов последовательно в структурах ствола мозга и мозжечка, подкорковых структурах и коре больших полушарий. Регулярная стимуляция повышает эффективность нейронных сетей, ускоряет синаптогенез, усиливает способность мозга к улучшению моторной функции. Нужный восстановительный эффект достигается объединением специализированных упражнений, способных максимально напрячь поврежденные функциональные нейронные сети, с обширной активацией всех структур мозга посредством ритмической электро-тактильной стимуляции. Для обеспечения данной процедуры применяется прибор портативной нейростимуляции (PoNS). Он состоит из блока управления и матрицы с электродами. Матрица включает в себя

143 электрода разбитых на девять 16-ти электродных сектора, в которых только один электрод является активным в конкретный момент времени. Стимул представляет собой триплет прямоугольных импульсов микросекундной длительности. Была доказана высокая эффективность периферической нейростимуляции в восстановлении общего моторного контроля тела, равновесия, хождения, речи, движений глаз, различных аспектов сенсомоторной интеграции. После первого курса у пациентов наблюдалось значительное улучшение равновесия с уровня 16.8 ± 1.3 до уровня 23.9 ± 1.4 (+42%, $p < 0.001$), также было отмечено улучшение качества моторных навыков по специальным шкалам и показало существенное (+32%), и статистически значимое увели-

чение индекса с 12.1 ± 1.7 до 15.9 ± 1.8 ($p < 0.001$), также регрессировали речевые нарушения на 35%. Доказано, что ТНС положительно влияет на восстановление когнитивных функций, причем эффект восстановления после проведения курсов отличался устойчивостью и долгосрочностью.

Выводы. Несмотря на то, что механизмы восстановления при использовании транслингвальной нейростимуляции еще не до конца изучены, методика активно применяется во всем мире и уже зарекомендовала себя как перспективный метод стимуляции нейропластичности, который позволяет добиться лучшего восстановления неврологического дефицита.

Луцкий И.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В., Луцкая Е.И., Фомина Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПАТОФИЗИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Введение. Не вызывает сомнений важная роль эндотелиальной дисфункции (ЭД) в развитии большинства сердечно-сосудистых заболеваний: артериальной гипертензии, атеросклероза, острой и хронической ишемии мозга, ишемической болезни сердца. Учитывая высокую распространенность в обществе факторов психоэмоционального стресса, необходимо принимать во внимание патофизиологические механизмы формирования ЭД при действии хронического психосоциального стресса (ХПСС).

Материалы и методы. Одной из наиболее стрессогенных профессий по данным Международной организации труда является профессия машиниста локомотива. В этой связи обследовано 160 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ), составивших объект исследования и 100 волонтеров в качестве контрольного контингента (КК). Сформировано 5 групп ММЛ в зависимости от возраста и стажа работы, как меры длительности действия ХПСС (от 1 года до 25 лет). КК распределен на группы, идентичные ММЛ по возрасту. Активность центрального отдела стрессорной системы (СС) определяли по содержанию в крови АКТГ, периферического – продукции кортизола (Кр). Секреторную функцию эндотелия изучали по продукции оксида азота (NO) (его стабильного метаболита нитрит-аниона – NO-2) и эндотелина 1 (ЭТ-1). Также определяли состояние антиоксидантных (антиоксидантную активность плазмы (АОАП)

и прооксидантных (диеновые конъюгаты (ДК)) систем, воспалительные процессы (высокочувствительный С-реактивный белок (hsCRP)), содержание ангиотензина 2 (АТII).

Результаты. За период исследования отмечали этапную активацию СС: первые годы действия ХПСС сопровождалась ростом активности центрального и периферического отделов СС. Через 5-7 лет отметили снижение продукции АКТГ и Кр. В последующем (спустя 10-12 лет) наблюдали повторный рост активности СС, который удерживался до окончания исследования.

В начале исследования наблюдали усиленный синтез NO ($p < 0,01$) в ответ на вазоконстрикцию, вызванную высоким содержанием Кр. Темпы роста ЭТ-1 были не столь быстрыми, однако после 17-20 лет действия стрессоров были выше значений в контроле в 5 раз, что еще более усугубляло вазоконстрикцию. На этом фоне наблюдали падение уровней NO более, чем в 1,8 раза. Избыточная продукция NO запускало процессы оксидативного стресса (ОС), о чем свидетельствует снижение АОАП и рост содержания ДК, что усугубляло течение ЭД. В свою очередь, факторы ХПСС и процессы ОС индуцируют развитие сосудистого воспаления. Содержание hsCRP росло с первых лет наблюдения у ММЛ и к его завершению превышало значения в контроле в 3,2 раза. После 17-20 лет действия факторов ХПСС на фоне роста уровней ЭТ-1, снижения биодоступности NO и активации процессов вос-

паления отмечали увеличение продукции АТII, способного, в свою очередь, потенцировать течение сосудистого воспаления и ОС. Указанные процессы запускаются избыточной продукцией гормонов стресса, подвергаются взаимной стимуляции и функционируют по типу замкнутого круга, усугубляя течение процессов ЭД при действии ХПСС.

Заключение. Хронический психосоциальный

стресс сопровождается активацией стрессорной системы с избыточной продукцией гормонов стресса. Возникающая вазоконстрикция вызывает нарушение секреции эндотелиальных вазорегуляторов с развитием оксидативного стресса, сосудистого воспаления, избыточной продукции АТII. Указанные процессы способствуют возникновению и прогрессированию эндотелиальной дисфункции.

Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И., Ефименко М.В., Гольцман И.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк

ОКСИДАТИВНАЯ СИСТЕМА И ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Цель. Оценка оксидантного (ОС) и антиоксидантного статуса (АОС) у машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) при действии хронического психосоциального стресса (ХПСС) и ее роль в формировании эндотелиальной дисфункции (ЭД).

Материалы и методы. Обследовано 160 ММЛ, которые составили основной объект исследования (ОО). Для оценки состояния оксидантной системы все исследуемые были распределены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы (СР), который являлся критерием длительности действия ХПСС. 1 группа (гр.) – 30 ММЛ после окончания техникума, СР до 1 года; 2 гр. – 39 ММЛ, СР 5-7 лет; 3 гр. – 31 человек, СР 14-17 лет; 4 гр. – 30 ММЛ, СР 21-24 года, 5 гр. – 30 человек, СР 30-34 года. В качестве контроля обследовали 100 практически здоровых мужчин – добровольцев. Они составили контрольную группу (КГ) и были распределены на 5 групп по 20 человек, аналогично возрасту ОО.

ОС оценивали по содержанию диенового конъюгата (ДК), и малонового диальдегида (МДА); состояние АОС оценивали по общей антиоксидантной активности плазмы (АОАП), уровню восстановленного глутатиона (GSH) и содержанию супероксиддисмутазы (СОД). О течении процессов ЭД судили по содержанию оксида азота (NO) (по уровню его стабильного метаболита нитрит-аниона NO⁻²) и эндотелина-1 (ЕТ-1) в сыворотке крови.

Результаты. Уже в первые годы действия стресса отмечена активация окислительных процессов у ММЛ, что выражалось в увеличении содержания ДК и МДА в гр.1 ОО (p < 0,0001). Последующее наблюдение показало, что ХПСС сопровождается ростом активности ОС, наибольшие показатели которого зарегистрированы в гр.5 ОО (p < 0,0001).

Повышение активности процессов ОС сопровождалось реакцией со стороны АОС, что наблюдали уже в гр.1 ММЛ и ПМ: отмечался статистически значимый рост содержания АОАП, GSH и СОД (p < 0,0349; p < 0,01817 и p < 0,02231). Однако дальнейшее пребывание в условиях действия факторов ХПСС, которое сопровождалось активно текущими процессами ОС, привело к несостоятельности антиоксидантной защиты и статистически значимым снижением уровней АОАП, GSH и СОД, что наблюдали, начиная с гр.3 ОО (p < 0,0082; p < 0,0007 и p < 0,03962 соответственно). Указанная тенденция сохранилась до окончания исследования с наименьшими значениями показателей АОС в гр.5 ОО (p < 0,0001) в сравнении с контролем.

Первые признаки нарушения продукции NO прослеживались в начале исследования: в гр.1 и гр.2 ОО наблюдали рост содержания NO (p < 0,01 и p < 0,001). Избыточное количество NO способно вступать в реакцию с кислородом с образованием пероксинитрита. В исследовании увеличение продукции NO совпало по времени с активностью процессов ОС.

Повышение содержания ЕТ-1 наблюдали уже в гр.1 и гр.2 ММЛ, статистически значимый характер это повышение приобрело в гр.3 на фоне активности течения процессов ОС. ЕТ-1 способен оказывать влияние на течение ОС через активацию оксидазы NADPH, что стимулирует образование ROS, усиливая течение ОС и процессов сосудистого воспаления. Кроме того, ЕТ-1 снижает биодоступность NO, усиливая окислительное фосфорилирование.

Начиная с гр.3 ОО отмечается снижение уровней NO²⁻. Снижение достигает статистически значимых значений в гр.5 (p < 0,001). Снижению биодоступности NO способствуют процессы ОС, а также вызванное им развитие вос-

палительных реакций.

Выводы. Влияние ХПСС ускоряет течения процессов ОС и приводит к истощению АОС. Снижение значений АОС возникает после 15 лет действия ХПСС. Активация ОС и постепенное снижение антиокислительной активности плаз-

мы у ММЛ сопровождается формированием ЭД с постепенным снижением содержания NO и увеличением продукции ET-1, которая формируется после 10 – 15 лет работы в условиях хронического стресса.

Лыгина Ю.А., Беседина Е.И., Мельник В.А., Демкович О.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Внебольничные пневмонии (ВП) широко распространены в мире и входят в число ведущих причин смерти от инфекционных заболеваний. В декабре 2019 года в Ростовской области, территориально граничащей с Донецкой Народной Республикой, были зарегистрированы вспышки внебольничной пневмонии в г. Таганроге и г. Шахты. Мониторинг за заболеваемостью внебольничными пневмониями в сопредельных с ДНР регионах Российской Федерации должен стать одним из важных компонентов проводимого в республике эпиднадзора с целью своевременного реагирования на изменение эпидемической ситуации по группе инфекции, вызывающих это заболевание.

Поэтому, целью данного исследования стал анализ ситуации и эффективности проводимого в ДНР эпидемического надзора за внебольничными пневмониями, а также оценка уровня эпидемической угрозы по этим заболеваниям.

Материалы и методы. Проанализированы материалы Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЦСЭН ГСЭС МЗ ДНР) в отношении внебольничных пневмоний.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость ВП в Донецкой Народной Республике (ДНР) регистрируется чаще среди детей в возрасте до 15 лет и более чем в 2 раза превышает заболеваемость для населения в целом. Эпидемиологические исследования за ряд лет показывают, что в течение года заболеваемость внебольничными пневмониями минимальная в июле-сентябре, повышается в октябре-декабре, достигает максимума в январе-апреле и снижается в мае-июне. Заболеваемость внебольничными пневмониями в ДНР коррелирует с сезонным повышением уровня ОРВИ и других простудных заболева-

ний. Вспышки ВП микоплазменной этиологии более характерны для закрытых коллективов и регистрируются с периодичностью каждые 3-5 лет.

В ДНР ВП чаще всего вызываются *S. pneumoniae* (по данным отдельных исследований их доля составляет 70-88% случаев). Из типичных бактерий также определенную роль играет *H. influenzae* типа b (до 10% случаев, преимущественно у детей до 2-х лет). Независимо от тяжести болезни в этиологии ВП у детей в ДНР доминирует *S. pneumoniae*, однако по мере нарастания тяжести увеличивается доля *S. aureus*, *H. influenzae*, бактерий семейства *Enterobacteriaceae* и *L. pneumophilaе*, а значение *M. pneumoniae* и *C. pneumoniae* уменьшается. Согласно данным глобального исследования (данные из 192 стран) большинство случаев смерти от ВП у детей связаны со *S. pneumoniae* и *H. influenzae*.

Регистрация внебольничных пневмоний в эпидемиологических отделах центров санитарно-эпидемиологического надзора ДНР до 01.02.2020 не проводилась. Ежедневный мониторинг случаев заболевания ВП и смертности от них стал проводиться в ДНР только с началом пандемии COVID-19. Это не позволяет провести анализ многолетней динамики заболеваемости ВП и наметить эффективные контрольные и профилактические мероприятия.

Выводы. В сложившейся ситуации в Донецкой Народной Республике эпидемиологический надзор за внебольничными пневмониями, заболеваемость которыми не анализируется эпидемиологическими отделами центров санитарно-эпидемиологического надзора, имеет весьма ограниченные возможности по прогнозированию и разработке эффективных мер борьбы с этой группой инфекций. Очевидна необходи-

мость проведения мониторинга за заболеваемостью внебольничной пневмонией в сопредельных с ДНР регионах Российской Федерации, который должен стать одним из важных компонен-

тов проводимого в республике эпидемиологического надзора с целью своевременного реагирования на изменение эпидемиологической ситуации.

Любезная Ю. А., Аблова Р. С.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель, Республика Беларусь

ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Актуальность. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – хроническая форма прогрессирующей недостаточности мозгового кровообращения с многоочаговым и/или диффузным поражением головного мозга. Одним из основных симптомов ДЭ является головная боль (ГБ). По субъективным ощущениям пациента можно определить интенсивность головной боли. У пациентов с ДЭ наблюдается разная периодичность приступов ГБ.

Цель исследования. Оценить интенсивность и частоту приступов головной боли пациентов с ДЭ 2 степени при помощи визуально-аналоговых шкал (ВАШ) и опросника HART Index.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 50 пациентов с ДЭ 2 степени в возрасте от 55 до 92 лет, находившихся на лечении в ГОГИОВ. Средний возраст обследованных – 74 года.

Исследование проводилось при помощи ВАШ и опросника HART Index.

ВАШ отражают интенсивность головной боли. Из опросника HART Index нами был использован параметр частоты возникновения приступов головной боли.

Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием пакета прикладных программ «Statistica 12.0» (StatSoft, США).

Результаты. На момент опроса 52% пациентов

характеризовали ГБ как слабую, 26% как умеренную, 20% как сильную, в 2% случаев было невозможно оценить интенсивность. В среднем, интенсивность ГБ на момент опроса пациенты оценивали в 3,7 балла.

Самый сильный приступ ГБ за последние 4 недели 32% пациентов оценили в 1-4 балла (слабая), 30% дали оценку в 5-6 баллов (умеренная), 36% – в 7-10 баллов (сильная), 2% – невозможно оценить. В среднем – 5,3 балла.

В среднем за последние 4 недели 38% испытывали слабую боль, 44% – умеренную, 16% – сильную, 2% – невозможно оценить. В среднем – 4,3 балла.

С помощью опросника HART Index были получены следующие данные: за последний месяц 12% пациентов не испытывали ГБ, у 6% приступы возникали 1-2 раза, 29% испытывали ГБ на протяжении 3-5 дней, 39% – 6-15 дней и 14% – 16-30 дней.

Выводы

На момент исследования большинство пациентов испытывало ГБ низкой интенсивности. Самый сильный приступ ГБ за последние 4 недели 36% оценивали в 7-10 баллов (сильная боль). В среднем за последние 4 недели интенсивность ГБ пациентов составила 4,3 балла, что соответствует умеренной интенсивности.

У 39% опрошенных приступы ГБ наблюдались на протяжении 6-15 дней в месяц.

Любезная Ю. А., Аблова Р. С., Букачѳв В. Ю., Домнич В. С.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель, Республика Беларусь

ОТНОШЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ГОМЕЛЯ К ВАКЦИНАЦИИ

Актуальность

В начале 2019 года ВОЗ был представлен список из 10 проблем здравоохранения. В этот

список вошла новая угроза – умышленный отказ от профилактических прививок. [1].

Вакцинация предотвращает 2-3 миллиона

смертей ежегодно. При достижении глобального охвата можно было бы избежать еще 1,5 миллиона летальных исходов [2].

Цель исследования

Выяснить отношение населения к вакцинации, основные причины отказа от иммунизации. Оценить осведомленность населения о вакцинопрофилактике. Выяснить, из каких источников население получает информацию о вакцинации.

Материалы и методы исследования

Нами было собрано 260 анкет жителей города Гомеля. Опрос содержал 8 вопросов. В исследовании приняли участие 89 (35%) мужчин и 171 (65%) женщина. 77% опрошенных составили лица в возрасте от 21 до 50 лет, 15% – моложе 20-ти и 8% – старше 50-ти лет.

Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием пакета прикладных программ «Statistica 12.0» (StatSoft, США).

Результаты

В вопросе о профессии 31% опрошенных ответили «медработник», 11% – «педагог», 4% – «священнослужитель», 54% выбрали «другое», в пояснении к ответу встречались работники торговли и сферы обслуживания.

В разделе «отношение к вакцинации» 52% ответили, что относятся положительно, делают их своим детям и себе, 33% пока воздерживаются от прививок, 11% относятся к вакцинации положительно, делают прививки детям, но не вакцинируются сами, 4% имеют отрицательное мнение в отношении некоторых вакцин, в основном, к вакцинации от гриппа. Резко отрицательного отношения не высказал ни один из опрошенных.

На вопрос о причинах отказа от прививок 11% опрошенных ответили, что боятся побочных эффектов, 6% – «вред от прививок превышает риск заражения», 5% не доверяют медицинским ра-

ботникам, 3% не доверяют вакцинам российского производства, 3% ответили «не вижу необходимости» и еще 2% считают, что ребенка нельзя прививать до определенного возраста. 56% не отказываются от вакцинации, 14% выбрали вариант «другое», где в пояснении указали, что не думали об этом, так как у них нет детей.

На вопрос «откуда вы получаете информацию о прививках» 46% ответили, что от медицинского работника, 30% – из СМИ, 12% – от знакомых, 3% – в религиозных организациях, 3% указали, что не информированы о необходимости прививок. В пояснении к варианту «другое» 6% опрошенных указали, что сами имеют медицинское образование.

Выводы

По результатам нашего исследования, большинство опрошенных положительно относятся к вакцинопрофилактике, делают прививки себе и детям. Часть опрошенных скептически относятся к вакцинации против гриппа. Резко негативного отношения к вакцинации не высказал ни один из опрошенных. Основной причиной отказа от прививок явилось отсутствие, по мнению опрошенных, необходимости в вакцинопрофилактике. Большинство опрошенных получают информацию от медицинских работников и из СМИ.

Список использованной литературы

1. Десять проблем здравоохранения, над которыми ВОЗ будет работать в 2019 году [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения, 2019. – Режим доступа <https://www.who.int/ru>. – Дата доступа: 16.10.2019.

2. Сазанова, Г. Ю. Проблемы профилактики инфекционных заболеваний среди населения Саратовской области / Г. Ю. Сазанова, А. И. Левитан // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2013. — Т. 3, № 10. — С. 1125.

Любезная Ю. А., Аблова Р. С., Букачев В. Ю., Домнич В. С.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СТРЕССА НА КАЧЕСТВО СНА СТУДЕНТОВ

Актуальность.

Различные девайсы ежедневно входят в нашу жизнь. В моду входят фитнес-устройства, отслеживающие показатели сна. Фитнес-браслеты можно использовать их в научных целях.

Во время сессии студенты подвержены стрессу, который может пагубно сказаться на качестве сна. Одним из показателей здорового сна является

качество его медленной фазы [1].

Нормальная продолжительность медленного сна индивидуальна для каждого человека. Для возраста 20 лет норма продолжительности медленного сна – 90-120 минут, на медленную фазу приходится 20-25% общей продолжительности сна [2].

Цель.

Оценить качество сна студентов-медиков с помощью портативных девайсов. Установить степень влияния стресса на качество сна студентов.

Материалы и методы.

Было обследовано 5 студентов. Средний возраст исследуемых 20 лет. Данные получены с помощью браслетов Mi Band 2 и 3. Исследование проводилось в течении 15 суток.

С помощью браслета Mi Band во время ночного сна регистрировались продолжительность фаз медленного сна и соотношение медленной фазы к общей продолжительности сна.

Для оценки уровня выраженности стресса в период исследования испытуемые были обследованы с применением шкал тревоги Спилбергера-Ханина [3].

Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием пакета прикладных программ «Statistica 12.0» (StatSoft, США).

Результаты исследования.

Для анализа были выбраны следующие показатели: общая продолжительность медленных фаз сна и их процентное отношение к общему времени сна.

В результате исследования у четверых из пяти испытуемых были выявлены нарушения фаз сна. У двоих исследуемых показатели продолжительности фазы медленного сна резко превышали норму, а у двоих, наоборот, наблюдался недостаток медленного сна.

Показатели одного исследуемого соответствовали норме с учетом погрешности.

На следующем этапе исследования испы-

туемым было предложено пройти тест ситуационной и личностной тревоги Спилбергера-Ханина.

Все обследованные студенты с низким качеством сна имели высокий уровень тревоги по шкале Спилбергера-Ханина. У исследуемого с наименьшим уровнем стресса показатель качества сна наиболее приближен к норме среди обследованных студентов.

Выводы.

Установлена связь между уровнем стресса, тревоги и снижения качества сна. Полученные данные являются предварительными. Исследование в данном направлении необходимо продолжить. Девайсы для мониторинга показателей здоровья на примере Mi Band показали удобство исследования и полезность получаемых статистических данных. Портативные устройства могут быть с успехом использованы в качестве дополнительных методов сбора статистики для научных исследований.

Список литературы.

1. Оганесян, Г.А. Вопросы эволюции цикла бодрствование-сон. Часть 1: нейрофизиологические аспекты / Г.А. Оганесян, Е.А., Аристакесян, И.В. Романова [и др.] // Биосфера. – 2011. – Т. 3., № 4. – С. 514-531.
2. Ковальзон, В. М. Основы сомнологии: физиология и нейрхимия цикла бодрствование-сон / В.М. Ковальзон. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 239 с.
3. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина; в 2 т. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. – Т. 1. – 312 с.

Ляшев А.Ю.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» г. Курск

АНТИМИКРОБНЫЕ ПЕПТИДЫ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ НОВЫЙ КЛАСС АНБИТИОКОВ

С момента своего открытия огромный интерес исследователей вызывает группа антимикробных пептидов (АМП), синтезируемых клетками человека. Такие пептиды широко представлены на коже и слизистых, а также синтезируются клетками крови: нейтрофилами, эозинофилами и тромбоцитами. Установлены несколько групп АМП: кателицидины, дефензины. Многочисленные исследования подтверждают широкий спектр антимикробного действия этих пептидов, включая грамположительные и грамотрицательные бактерии, простейшие, патогенные грибы, вирусы, в том числе, и вирус иммунодефицита

человека. Подтверждено цитотоксическое действие АМП на различные линии опухолевых клеток. Показана низкая вероятность развития резистентности микроорганизмов к действию АМП. Это обусловлено особенностями их бактерицидного действия. Пептиды, имеющие положительный заряд молекулы, активно взаимодействуют с отрицательно заряженной за счет присутствия липополисахаридов микробной мембраной. Это приводит к нарушению барьерной функции клеточной мембраны, быстрому повышению ее проницаемости с последующим развитием осмотического цитолиза.

АМП – это относительно короткие пептиды, состоящие из 12-50 аминокислот, имеющие положительный заряд от +2 до +9. Установлено, что микробицидная активность пептидов увеличивается с повышением заряда молекулы. Формирование положительного заряда молекулы АМП связано с наличием в их составе большого количества остатков триптофана и аргинина. Помимо заряда важным фактором, обеспечивающим взаимодействием пептида с молекулой микроба, является его гидрофобность. Известно, что мембраны клеток млекопитающих содержат большое количество холестерина и нейтральных фосфолипидов, что предупреждает токсическое действие АМП на клетки человека.

Антимикробные пептиды не накапливаются в организме, так как разрушаются протеазами и связываются с белками крови, что также исключает их токсический эффект.

Образование АМП связано с протеолизом их предшественников. Так, образование кателицидинов после дегрануляции нейтрофилов связано с отщеплением под действием протеазы 3 от молекулы предшественника С-концевого фрагмента, в результате чего образуется активный АМП, который традиционно обозначают как LL-37. Также установлен специфичный для разных тканей синтез различных АМП из одного предшественника.

Вышесказанное объясняет интерес исследо-

вателей к АМП, как потенциальному конкуренту традиционных антибиотиков. Однако есть ряд свойств природных АМП, которые ограничивают их использование в клинической практике. В первую очередь, это присущее пептидам гемолитическое действие. В настоящее время эта проблема успешно решается. Синтезированы искусственные аналоги природных АМП, имеющие в своем составе аминокислотные модификации, не проявляющие гемолитической активности, но сохраняющие выраженный антимикробный эффект. Известно, что АМП обладают низкой устойчивостью к действию эндопептидаз, что также ограничивает их клиническое применение. До настоящего времени синтез аналогов природных АМП остается достаточно дорогостоящим и затратным производством. В настоящее время усилия исследователей направлены на решение указанных проблем.

В различных лабораториях мира синтезированы пептиды, доказавшие свою эффективность в качестве антибиотиков и не проявляющие токсического действия на организм человека. Эти АМП находятся на разных стадиях клинических испытаний и их внедрение в практическую медицину является делом ближайшего будущего. Широкие клинические перспективы имеет совместное использование синтетических АМП и традиционные антибиотиков.

Мадалиева С.Х., Исмаилов Ш.Т.

НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова», г. Алматы

ИССЛЕДОВАНИЕ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ МОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА И ШКОЛЬНИКОВ

Введение. На сегодняшний день тема личностной мотивации очень актуальна в современном мире, ведь приступая к любому делу людьми движет определенная мотивация, которая может быть направлена на успех или неудачу, то есть быть высокой или низкой. Мотивация – это комплекс внутренних и внешних факторов, побуждающих человека действовать определенным, целенаправленным образом, то есть процесс программирования себя и остальных на достижение общих или своих личных целей. В нашем случае рассматривается последнее, личностная мотивация, конкретно направленная на обучение. То есть мотивация обучения – стремление студента (или школьника) удовлетворить свои потребности и желания в определенных благах посредством обучения, а после оконча-

ния учебы посредством трудовой деятельности в этой области [3]. Но изначально немотивированным студентам и абитуриентам будет сложно обучаться в медицинском ВУЗе, а далее будет еще сложнее работать в этой сфере. Возникает вопрос о влиянии мотивации на обучение, который необходимо изучить.

Цель исследования: определить уровень мотивации у студентов медицинского ВУЗа и школьников 11-го класса.

Задачи:

1. Изучить как изменяется уровень личностной мотивации у школьников с поступлением в ВУЗ, и студентов с переходом на старшие курсы обучения;

2. Определить влияние уровня мотивации на желание обучаться в ВУЗе и школе. Сравнить

уровень мотивации у школьников и студентов;

3. Определить взаимосвязь мотивации с профориентацией.

Методы исследования:

1. Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи (Реан А.А.) [3];

2. Экспресс методика по Абдуловой С. [2].

Объект исследования: школьники 11-го класса школы-гимназии №153 г. Алматы – 50 человек, студенты 1-3-го курсов Казахского Национального Медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова – 150 человек.

Результаты: С помощью вышеуказанных методик был определен уровень мотивации у школьников и студентов в прошлом 2019-2020 году [1], и в этом 2020-2021 учебном году. В целом у школьников (абитуриентов) уровень мотивации выше чем у студентов, это объясняется тем что школьники еще не учатся по определенной специальности а получают общее среднее образование. С помощью дополнительных данных (количество отчисленных студентов, уровень успеваемости школьников и студентов) а также методов статистической обработки была установлена корреляционная связь между уровнем успеваемости, количеством отчисленных студентов и уровнем мотивации. Чем ниже уровень мотивации, тем ниже уровень успеваемости и выше число отчисленных студентов. Интересная картина наблюдается у студентов медицин-

ского ВУЗа, уровень мотивации выше у студентов, поступивших в медицинский ВУЗ по своему желанию, нежели у тех, кто поступил по совету родителей, родственников и т.д. Это говорит о том, что школам, родителям надо уделять большое внимание профориентации школьников, с этой целью в несколько школ города Алматы были отправлены определенные рекомендации по выбору будущей специальности абитуриентов, а также администрации медицинского ВУЗа направлены рекомендации по повышению уровня мотивации у исследуемых студентов.

Список использованной литературы:

1)Абдулова С.Н., Перленбетов М.А., Мадалиева С.Х., Исмаилов Ш.Т., «Разработка и внедрение экспресс методики выявления уровня мотивации при выборе деятельности по Абдуловой С.Н.» // Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы теоретической и практической психологии» 23-24 января 2020 год;

2)Абдулова С.Н., Перленбетов М.А., Мадалиева С.Х., Исмаилов Ш.Т. «Экспресс методика по Абдуловой С.» свидетельство о внесении сведений в государственный реестр прав на объекты, охраняемые авторским правом №11326 от 10 июля 2020 года;

3)Реан А.А. Психология изучения личности, Санкт-Петербург, 1999год.

Майлян Э.А., Адунц А.Г., Немсадзе И.Г., Костецкая Н.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Остеопороз (ОП) представляет собой системное прогрессирующее заболевание скелета, которое характеризуется снижением минеральной плотности костной ткани (МПК) и нарушением ее микроархитектоники. Изменения костей приводят к увеличению их хрупкости и повышению риска переломов. В наибольшей степени заболеванию подвержены женщины в постменопаузальном возрасте. Установлено, что среди всех случаев ОП 80-95% приходится на женщин старше 50 лет. Основной причиной постменопаузального ОП является физиологическое снижение у женщин продукции эстрогенов. Осложнением ОП являются низкоэнергетические переломы. Чаще всего случаются переломы бедра и позвоночника, которые нередко приводят к инвалидизации и смертности женщин и ложатся огромным бременем на общественное здравоохранение и семью.

ранение и семью.

Цель работы: установить распространенность и основные эпидемиологические характеристики постменопаузального ОП в Донецком регионе.

Материалы и методы. При выполнении работы было обследовано 274 женщины в возрасте от 41 до 88 лет. Все женщины находились в постменопаузе длительностью от 1 года до 38 лет. Возраст обследованных женщин (медиана и интерквартильный размах Q1-Q3) составил 62,0 (57,0-69,0) года, а длительность постменопаузального периода – 14,0 (7,0-21,0) лет. Показатели роста, веса и индекса массы тела (ИМТ) соответствовали значениям 162,0 (156,0-165,0) см, 76,0 (68,0-88,0) кг и 29,4 (26,1-33,4) ед. Оценка плотности кости производилась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на уровне

поясничных позвонков L1-L4, проксимальных отделов левой и правой бедренной кости.

Результаты и обсуждение. Выполненными исследованиями установлено, что ОП и остеопения выявляются соответственно в 21,5% и 29,2% случаев, а нормальные показатели МПК – всего лишь у 49,3% женщин. Оценка роли возрастного фактора в развитии постменопаузального ОП показала, что в возрасте до 56 лет ОП определялся у 16,4% женщин, 56-59 лет – в 16,7% случаев, 60-65 лет – в 21,8% случаев, 66-75 лет – в 25,8% случаев и более 75 лет – в 29,0% случаев. Влияние возраста на риск развития ОП у женщин имело достоверный характер ($p=0,029$).

Изучение влияния длительности постменопаузального периода на формирование ОП также показало неравномерность распределения здоровых женщин и пациентов с ОП в группах лиц с различными сроками после наступления менопаузы ($p<0,001$). С увеличением длительности постменопаузы (от <6 лет до >25 лет) существенно снижался процент здоровых женщин

(от 75,5% до 25,7%) и увеличивался удельный вес пациентов, имеющих остеопению (от 24,5% до 40,0%) или ОП (от 0,0% до 34,3%).

Кроме того, необходимо отметить существенную связь между риском ОП и особенностями конституции женщин. Показатели ИМТ в группе здоровых женщин, а также у пациентов с остеопенией и ОП существенно различались между собой ($p<0,001$), составив соответственно 32,0 (28,3-34,9) ед., 29,1 (26,1-32,9) ед. и 25,5 (23,7-29,0) ед.

Заключение. Таким образом, установлено, что среди женщин постменопаузального возраста, проживающих в Донецком регионе, остеопороз и остеопения выявляются соответственно в 21,5% и 29,2% случаев. Удельный вес пациентов с ОП существенно возрастает с увеличением возраста женщин ($p=0,029$) и длительности постменопаузы ($p<0,001$). Наиболее выраженные остеопоротические нарушения отмечаются у женщин с наименьшими показателями индекса массы тела ($p<0,001$).

Майлян Э.А.¹, Чурилов А.В.¹, Немсадзе И.Г.¹, Миревич Е.Д.¹, Глазков И.С.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г.Донецк

²Симферопольский клинический родильный дом №2, г. Симферополь

ОСТЕОИММУНОЛОГИЯ – НОВАЯ ОБЛАСТЬ НАУЧНЫХ ЗНАНИЙ

Предположение о важной роли иммунных факторов в остеогенезе появилось давно. Основанием для этого послужила обнаруженная тесная взаимосвязь между иммунной и костной системами организма человека. Обе системы объединяет то, что остеобластогенез, остеокластогенез и образование иммунных клеток (моноциты, макрофаги, Т- и В-лимфоциты) происходят в костном мозге, который является центральным органом иммунной системы и находится в тесном окружении костных структур.

Более того, важно подчеркнуть, что остеокласты, которые являются важнейшими клетками костной ткани, имеют моноцитарно-макрофагальное происхождение и представляют собой специализированные клетки иммунной системы в кости, обладающие высокой фагоцитарной активностью. В связи с этим остеокласты являются полноценными участниками иммунного ответа, а функция их определенным образом зависит от других иммунных факторов и подчиняется физиологическим закономерностям иммунной реактивности. Установлено, что в регуляции остеокластогенеза и активации иммунной системы участвуют одни и те же цитокины (интерлейкины -1, -6, фактор некроза

опухоли и др.), а также общие для клеток обеих систем рецепторы, факторы транскрипции и сигнальные пути.

Первые доказательства наличия тесной связи между иммунной системой и костной тканью появились в начале 70-х годов прошлого столетия. J.E. Horton и соавт. продемонстрировали в своих новаторских исследованиях способность иммунокомпетентных клеток выделять факторы, которые стимулируют функцию остеокластов и приводят к усилению резорбции кости. В 1990-х годах эти факторы были расшифрованы – были открыты и описаны основные остеокластогенные цитокины. При этом была установлена ключевая роль в регуляции остеокластов и в ремоделировании костной ткани цитокиновой системы RANKL/RANK/OPG. Достижения в изучении взаимодействий между иммунными и костными клетками позволили в 2000 г. американским ученым J.R. Aron и Y. Choi предложить термин «Остеоиммунология». И этим термином была обозначена новая область научных знаний, которая изучает закономерности взаимодействия иммунной и костной систем организма в норме и патологии.

Бурное развитие и существенные успехи

остеоиммунологии позволили выделить важную роль иммунных факторов в патологии костной системы и существенно пересмотреть наши представления о механизмах развития различных заболеваний скелета, в том числе остеопороза. В последние годы, благодаря доказательствам ключевой роли иммунных механизмов, остеопороз стали называть хроническим иммуноопосредованным заболеванием. А в 2018 г., учитывая важнейший вклад иммунной системы в патогенез остеопороза, R.K. Srivastava и соавт. научно обоснованно ввели термин «Иммунопороз».

В настоящее время уже не вызывает сомнений то, что участие иммунных механизмов в патогенезе костной патологии не менее актуально,

чем при инфекционных и аутоиммунных заболеваниях, аллергии. Более того, остеоиммунология бурно развивается, с каждым годом демонстрируя новые сведения о патогенезе заболеваний скелета и открывая новые перспективы для профилактики и лечения заболеваний костной системы, в том числе такой широко распространенной патологии человека как остеопороз. Однако не все аспекты остеоиммунологии изучены достаточно полно. В ряде случаев полученные результаты являются неоднозначными, спорными или не до конца решенными. Поэтому требуются дальнейшие исследования для более глубокого понимания механизмов регуляции костного ремоделирования иммунными факторами в норме и патологии.

Макиенко В.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака МЗ ДНР

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ В ЛОКАЛЬНОЙ ВОЙНЕ В ОЖОГОВОМ ОТДЕЛЕНИИ ИНВХ ИМ.В.К. ГУСАКА МЗ ДНР В 2015-2019 ГОДАХ

Актуальность темы: Локальная война (от лат. *localis* «местный») – военные действия между двумя и более государствами, ограниченные по политическим целям интересами участвующих в военных действиях между государствами, а по территории – небольшим географическим регионом, как правило, находящимся в границах одной из противоборствующих сторон. Несмотря на достигнутые Минские соглашения, шестой год идет локальная война между Украиной и Донецкой народной республикой с многочисленными жертвами среди военнослужащих и мирного населения с обеих сторон линии соприкосновения.

Материал и методы: За период 2015 – 2019 годы в ИНВХ им. В. К. Гусака обратились за медицинской помощью 547 военнослужащих и 84 гражданских пациентов с минно-взрывной травмой и осколочными ранениями различных локализаций. Из них в ожоговом отделении пролечено 120 пострадавших (118 взрослых и 2 детей). Мужчины составили 96% пострадавших, военнослужащие – 98%. У 60,2% пострадавших были изолированные огнестрельные ранения туловища или конечностей, у оставшихся 39,8% огнестрельные ранения сочетались с переломами, ожогами, повреждением магистральных артерий или внутренних органов.

Больным было выполнено 149 оперативных вмешательств, в том числе ПХО – 45, ВХО с кожной пластикой – 67, кожная пластика – 37. Послеоперационных осложнений и летальных

исходов не было. Пациенты получали этиотропную антибактериальную терапию, реологические препараты, переливание препаратов крови по показаниям, анальгетики, промывание ран растворами антисептиков, физиотерапию, озонирование ран. Особенностью лечения данного контингента являлось полное удаление инородных тел по время выполнения ПХО (ВХО) или под рентгенконтролем, за исключением очень мелких до 1 мм в диаметре, обязательной ревизией сосудисто-нервных пучков на предмет их повреждения, тщательным иссечением раневых каналов с первичной пластикой, дренированием и обязательной иммобилизацией поврежденной конечности.

При анализе ошибок оказания первой помощи и взаимопомощи было установлено, что у 12 пациентов (10%) был неверно наложен кровоостанавливающий жгут, 5 пациентов (2,4%) более 1 часа доставлялись с места происшествия в лечебное учреждение, 16 пациентам (13%) не была наложена транспортная иммобилизация.

Часто при ревизии обнаруживались рентген неконтрастные (неметаллические инородные тела): частицы почвы, фрагменты форменной одежды и обуви, части пластмассовых корпусов взрывных устройств, фрагменты краски военной техники и амуниции и немагнитные осколки ранящих элементов, поиск которых в раневых каналах представлял определенные технические сложности.

Выводы: Разработанные в Институте подхо-

ды и методы оперативного лечения в сочетании с приемственностью лечения в других подразделениях – отделения сосудистой хирургии, отделениях РТЦ МЗ ДНР позволило добиться отсутствия осложнений и летальности при стационарном лечении. А последующая реабилитация (механотерапия, лечение в отделении реабилитации ГБ№15 г.Донецка, психокоррекция) позво-

лила вернуться к службе до 91% пострадавших. Оставшиеся 9% – с трудом поддавались реабилитации и были комиссованы из-за повреждения крупных нервных стволов, утери большого массива мягких тканей, больших дефектов костей, приведших к ампутациям, трудно поддающихся медикаментозной и психологической коррекции последствий перенесенной контузии.

Макогон В.Д., Веремьев Н.Е., Петренко А.С., Мальгин Г.А.
Научный руководитель – проф. Седаков И.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КАРБОКСИМАЛЬТОЗЫ ЖЕЛЕЗА В СРАВНЕНИИ С ФЕРУМОКСИТОЛОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Введение: Железодефицитная анемия (ЖДА) является распространенной патологией, связанной со многими хроническими заболеваниями. Заместительная терапия пероральным или внутривенным железом восстанавливает запасы железа и повышает концентрацию гемоглобина. Пероральное железо является недорогим и удобным для применения, но вызывает повышенную частоту желудочно-кишечных расстройств. Внутривенные препараты могут быть использованы при непереносимости пероральных форм или состояниях, при которых пероральное железо неэффективно или потенциально вредно. Так же многие исследования продемонстрировали, что внутривенные препараты повышают уровень гемоглобина более эффективно, чем пероральные.

Цель: Оценить эффективность применения карбоксимальтозы железа в сравнении с ферумокситолом для лечения железодефицитной анемии (ЖДА). **Материалы и методы:** Проведена оценка исследований посвященных сравнению эффективности карбоксимальтозы железа и ферумокситола для терапии ЖДА. Были проанализированы результаты лечения 1997 пациентов. В группу ферумокситола было включено 997 пациентов, в группу карбоксимальтозы железа- 1000. **Критерии включения:** использование ферумокситола или карбоксимальтозы железа, возраст ≥ 18 лет, гемоглобин ≤ 120 г/л. Средний возраст пациентов обеих групп составил $55,2 \pm 17,2$, при этом большинство пациентов были женщинами (76,1%). Анализ эффективности проводился по результатам значений гемоглобина и концентрации ферритина сыворотки крови.

Результаты: В группе ферумокситола средняя кумулятивная доза железа составила 994 ± 119 мг, а в группе карбоксимальтозы железа- 1458 ± 179 мг. Средняя исходная концентрация гемоглобина составила 104 г/л, концентрация ферритина сыворотки крови $55,4 \pm 115,4$ нг/мл. Среднеквадратичное отклонение показателей гемоглобина на 5-й неделе лечения, по методу наименьших квадратов, составили 14 г /л и 16 г/л в группах ферумокситола и карбоксимальтозы железа соответственно ($p < 0,001$). Поскольку доза железа в группе карбоксимальтозы примерно в 1,5 раза превышала дозу группы ферумокситола, был произведен пересчет прироста гемоглобина в отношении на абсолютную единицу введенного железа (1 грамм), изменения показателей, по методу наименьших квадратов, составили 14 и 11 г/л в группах ферумокситола и карбоксимальтозы железа соответственно ($p < 0,001$). Средние значения ферритина сыворотки крови после курса препаратов составили $227,5 \pm 193,9$ нг/мл в группе ферумокситола и $397,8 \pm 301,2$ нг/мл в группе карбоксимальтозы железа.

Вывод: В абсолютном выражении прирост гемоглобина был на 18% выше в группе карбоксимальтозы железа, однако доза полученного железа была почти на 50% выше чем в группе ферумокситола. Таким образом можно сделать вывод, что карбоксимальтоза железа при внутривенном введении превосходит по своей эффективности ферумокситол ($p < 0,001$), а так же является более доступным в экономическом плане препаратом.

Максютенко С.И., Бессмертный А.А., Бессмертная Ю.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО
Кафедра общей стоматологии ФИПО

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В СТОМАТОЛОГИИ

Инфекционный эндокардит (ИЭ) занимает четвертое место в мире среди угрожающих жизни инфекционных заболеваний после уroseпсиса, пневмонии и абдоминального сепсиса. ИЭ возникает как следствие бактериемии, источником которой являются очаги хронической инфекции. По статистике, среди очагов хронической инфекции лидируют органы носоглотки (49%). На втором месте – органы ротовой полости (23%).

Среди стоматологических манипуляций, наибольшим потенциальным риском возникновения бактериемии обладает вмешательство на периодонте (60-90%) и в меньшей степени – экстракция зуба (18-85%). Для сравнения приведем данные частоты возникновения ИЭ после различных диагностических и лечебных процедур: тонзиллэктомия (33-38%), катетеризация мочевого пузыря или удаление катетера (0-26), аденоэктомия (нестерильная моча) – (58-82), трахеальная интубация (0-16), гастродуоденоскопия (0-8) и так далее.

Однако, ИЭ не возникает у всех пациентов, которые подвергались инвазивным диагностическим и лечебным манипуляциям. Для возникновения ИЭ необходимы следующие условия: бактериемия, состояние организма (предрасполагающие факторы), тропность и степень вирулентности бактерий.

Инфицирование эндокарда происходит, как правило, в результате бактериемии, однако необходимы также такие факторы, как: готовность клапанов к бактериальной инвазии (небактериальный тромбоэндокардит); достаточно высокая вирулентность вызывающих заболевание микроорганизмов и длительность бактериемии; рост микробных вегетаций. Только при наличии всех этих факторов произойдет развитие ИЭ.

Высокая летальность при ИЭ (20-45%) обосновывает проведение антибиотикопрофилактики у пациентов с высоким риском развития данного заболевания. Согласно принятым реко-

мендациям по профилактике, диагностике и лечению инфекционного эндокардита (2009г) антибиотикопрофилактика в стоматологии должна проводиться только в группах с высоким риском возникновения ИЭ. А именно пациентам с протезированными клапанами сердца, врожденными пороками сердца и пациентам с ИЭ в анамнезе.

При этом антибактериальная профилактика должна быть рассмотрена только при стоматологических процедурах, требующих манипуляций на десневой ткани, периапикальной области зубов или перфорации слизистой оболочки полости рта.

Профилактика заключается в однократном применении антибиотиков за 30-60 минут до процедуры. При этом, в случае отсутствия аллергии на пенициллин или ампициллин, взрослым пациентам назначают амоксициллин или ампициллин в дозе 2 г перорально или внутривенно. В качестве альтернативы рекомендуется применение цефалексина в дозе 2 г внутривенно, цефазолина или цефтриаксона – 1 г внутривенно.

Следует также отметить, что частота бактериемии после стоматологических процедур и во время повседневной деятельности очень изменчива и колеблется в пределах от 10 до 100%. Преходящая бактериемия часто происходит в рамках повседневной активности, такой как чистка зубов, использование зубной нити и так далее. В связи с этим, представляется весьма вероятным, что значительная доля ИЭ, вызванного бактериемией может быть результатом ежедневной рутинной деятельности. Кроме того, у больных с неудовлетворительным здоровьем полости рта, бактериемия может наблюдаться независимо от стоматологических процедур, а частота постпроцедурной бактериемии в этой группе выше. Эти результаты подчеркивают важность хорошей гигиены полости рта и регулярные стоматологические осмотры для профилактики ИЭ.

Максютенко С.И., Осипенкова Т.С., Попко А.Н., Бессмертный А.А., Коваленко Я.О.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО
Кафедра общей стоматологии ФИПО

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ» НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ СТОМАТОЛОГИИ ФИПО ГОО ВПО ДОНЕЦКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Ординатура – это один из важнейших этапов в профессиональной карьере врачей. Именно поэтому ординатура может стать необходимым этапом становления врача-стоматолога и частью высшего образования. В связи с этим подготовка специалистов высшей квалификации в ординатуре является актуальной задачей современного медицинского образования.

Целью ординатуры является получение молодыми специалистами набора актуальных знаний, навыков и первоначального опыта работы в том объеме, который позволит вести практику самостоятельно.

Поэтому приоритетным направлением работы нашей кафедры является обеспечение и организация учебного процесса врачей-ординаторов-стоматологов для эффективного и полноценного обучения в ординатуре.

Так основной причиной, недостаточного уровня владения практическими навыками врачей-стоматологов является недостаточная практика в их выполнении (отсутствовали или было недостаточно больных на базе производственной практики и др.). Очевидна взаимосвязь между степенью освоения навыка и частотой его выполнения. Поэтому перед кафедрой стоит задача ликвидировать существующие пробелы в практической подготовке будущих врачей.

Во время обучения на цикле «Терапевтическая стоматология» врачи-ординаторы должны освоить и совершенствовать следующие практические навыки: клиническое обследование пациента, препарирование и пломбирование всех видов кариозных полостей, эндодонтическую обработку корневых каналов и их пломбирование, местное лечение заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Целесообразно формировать группы обучающихся по 3-4 человека для более эффективного освоения не только теоретических знаний, но и тщательной отработкой необходимых практических умений и навыков, предусмотренных программой подготовки в ординатуре.

На базе нашей кафедры под руководством опытных практиков-преподавателей, ординаторы получают теоретические и практические навыки согласно утвержденной в ВУЗе программе. Ординаторы самостоятельно ведут прием пациентов и заполняют соответствующую документацию.

Таким образом, последовательное овладение практическими навыками в порядке их постепенного усложнения способствует повышению качества выполнения изученных навыков и ответственно, его профессионализму.

*Малинин Ю.Ю.¹, Шапаренко Э.В.², Захаров В.В.¹, Кривобок А.А.¹,
Волошин В.В.², Григорян Х.В.², Малинин Г.Ю.¹*

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

²Донецкое Клиническое Территориальное Медицинское Объединение

СТРУКТУРА МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА КОНКРЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Донбасс эндемичен по мочекаменной болезни (МКБ), вследствие высокой карбонатной жесткости питьевых вод, в связи с чем кальцийсодержащие камни мочевыводящей системы в регионе привычно выявлялись практически в 90% случаев. При этом в мире частота встречаемости уратных камней не превышает 10-17%. При рентгенологическом обследовании пациен-

тов с МКБ выяснилось, что на данный момент рентген-негативный нефролитаз встречается примерно в трети случаев, что значительно превышает ожидания. Данный факт требует более глубокого изучения структуры минерального состава конкрементов у больных с МКБ для последующей оценки вероятностных факторов влияния на развитие и распространенность па-

тологии в регионе.

Цель исследования. Провести структурный анализ минерального состава конкрементов у пациентов с МКБ для уточнения современного спектра химического строения камней, а также возможной оценки влияния на их развитие эпидемиологических факторов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ минерального состава конкрементов (спектрометр Specord 75 IR) у 1651 пациента Донецкого областного клинического территориального объединения, оперированных по поводу МКБ в период с 2014 по 2019 гг.

Результаты исследования. В ходе проведенного анализа выявлено, что за исследуемый период у 482(29,2%) оперированных пациентов выявлен оксалатный нефролитиаз, у 75 (4,5%) - фосфатный, у 647(39,2%) - смешанный (фосфатно-оксалатный), у 437(26,5%) - уратный, а у 10(0,6%) выявлены другие виды конкрементов. Данные о структуре конкрементов по их минеральному составу демонстрируют стойкое увеличение частоты встречаемости уратного нефролитиаза у пациентов с МКБ в сравнении со среднемировыми значениями. Следует отметить, что темп роста

смешанного (фосфатно-оксалатного) нефролитиаза в 2019 г. по отношению к 2014г. составил 1,94. При этом отмечено относительное снижение встречаемости оксалатных и фосфатных конкрементов в чистом виде. Данные факты могут отражать наличие уникального комплекса эпидемиологических факторов, влияющих как на заболеваемость МКБ в Донецкой Народной Республике, так и на минеральный состав конкрементов.

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует о существовании в Донецкой Народной Республике комплекса эпидемиологических факторов, приводящих к возникновению и развитию МКБ. В условиях постоянного минерального состава питьевой воды значимое влияние на увеличение относительного количества уратов может оказывать алиментарный фактор, смешанных камней – фактор хронического воспаления. Дальнейшее изучение данного феномена позволит уточнить структуру комплекса эпидемиологических факторов и степень их влияния на развитие МКБ, а так же обеспечит разработку комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости МКБ в Донецкой Народной Республике.

Малинин Ю.Ю.¹, Шапаренко Э.В.², Кривобок А.А.¹, Ковач А.В.², Присяжнюк Е.Н.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

²Донецкое Клиническое Территориальное Медицинское Объединение

МЕТОД ПАЛЛИАТИВНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Введение. Прекращение пассажа мочи из почки(ек) на фоне опухолевого процесса является частой причиной развития острого ухудшения состояния пациента, и без искусственного отведения мочи приводит к гибели на фоне септических осложнений вторичного пиелонефрита, острой и(или) хронической почечной недостаточности, а не от основного заболевания. Тяжесть состояния и распространенность опухолевого процесса часто препятствуют радикальному хирургическому лечению, проведению лучевой и(или) химиотерапии. Стандартом дренирования верхних мочевыводящих путей (ВМП) при данной патологии является чрескожная пункционная нефростомия(ЧПНС). Данное хирургическое пособие предполагает установку постоянного нефростомического дренажа малого диаметра (6-14Ch), что требует регулярного обслуживания нефростомы и ее замены раз в 4-6 недель. В связи с этим целесообразным решением проблемы может стать использование первично-хронического дренирования ЧЛС не-

фростомами большего диаметра (16-24Ch).

Цель работы. Исследовать возможность малоинвазивной установки нефростомы большого диаметра под местным обезболиванием, сравнить результаты лечения со стандартной ЧПНС.

Материалы и методы. За период с января 2018г. по октябрь 2020г. ЧПНС проведена 87 пациентам с онкологическими заболеваниями. Мужчин было 36 (41,4 %), женщин - 51 (58,6%). Причиной обструкции ВМП у 38 (43,8%) больных была опухоль женских половых органов, у 28 (24,4%) - рак мочевого пузыря, у 16 (13,9%) - рак простаты, у 4(3,5%) - рак толстого кишечника, у одной пациентки (1,1 %) окклюзия мочеточников была вызвана лейкозной лимфаденопатией. Односторонняя обструкция была у 60 (69 %) больных, двусторонняя - у 27 (31%). У 22 пациентов (25,3%) ЧПНС проведена на фоне анурии.

В 21(24,1%)случае ЧПНС проводилась по стандартной методике с помощью J-стомы – контрольная группа, а у 66(75,9%) пациентов,

исследуемая группа, устанавливалась первично-хроническая нефростома – катетер Фолея (16-24Ch). Предлагаемая методика включала в себя пункцию чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) под ультразвуковым и(или) Ro-контролем, введение в ЧЛС проводника по Сельдингеру. Ткани, вплоть до капсулы, вдоль проводника инфильтрировались 15- 20 мл 0, 5% раствора новокаина или 5-10мл 2% раствора лидокаина. После рассечения кожи канал дилатировался бужами Alken или Amplatz на 1-2Ch больше диаметра устанавливаемого катетера. Далее по Сельдингеру проводилась ЧПНС катетером Фолея. С гемостатической и фиксирующей целью баллон катетера раздувался. Субъективно первично-хроническая нефростома переносилась не хуже стандартной ЧПНС. Среднее время операции в исследуемой группе оставило $17 \pm 2,6$ мин., а в контрольной - $15 \pm 3,1$ мин.

Основными осложнениями в исследуемой группе были: гематурия - 12(18,2%), тампонада ЧЛС - 1(1,5%), обострение пиелонефрита –8(12,1%) пациентов. При стандартной ЧПНС

отмечены: гематурия -9(42,3%), тампонада ЧЛС -3(14,3%), выпадение нефростомы - 2(9,5%), обострение пиелонефрита - 4(19%).

Выводы. Предложенный метод паллиативного первично-хронического дренирования ВМП у онкологических больных является наиболее приемлемым способом отведения мочи у данной группы пациентов.

Первично-хроническая нефростома имеет ряд преимуществ перед стандартной ЧПНС, что характеризуется значительным снижением количества осложнений дренирования. Предложенная тактика позволяет отвести мочу у требующих длительных сроков дренирования пациентов с критическими оперативными рисками и коагулопатиями.

Использование катетра Фолей в качестве дренажа позволяет значительно снизить себестоимость лечения за счет низкой стоимости дренажа и большей, по сравнению со стандартной ЧПНС, продолжительности его возможной эксплуатации до замены.

Мамедов К.И.

ФГБОУ «Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Томск

ТАКТИКА ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Цель исследования. Определить преимущества тактики запрограммированного хирургического лечения («Damage Control Surgery») пострадавших с сочетанными тяжелыми повреждениями, включающими травму органов брюшной полости.

Материалы и методы. Проанализирована зарубежная и отечественная литература, документация. (22 источника) по методам и тактикам, применяемым при хирургическом лечении повреждений органов брюшной полости, а также при политравме в целом. Изучены анамнезы пациентов, методики лечения, процессы заживления и реабилитации.

Результат. Схема стратегии запрограммированного хирургического лечения, предусматривает собой вынужденное сокращение объема первого оперативного вмешательства, цель которого направлена на стабилизацию жизненно важных функций организма, путём этапного полноценного восстановления поврежденных органов на следующих этапах. Благодаря этому повышается выживаемость при травмах, сопровождающихся шоком, угрожающим жизни.

По данным литературы у политравмирован-

ных пациентов, осложненных гипотермией, ацидозом и коагулопатией, смертность превышает 50%. Это число удается снизить, благодаря применению «Damage Control Surgery».

Во время первого этапа хирургическая тактика направлена на устранение кровотечения и предотвращения дальнейшего инфицирования раны, а также жизненной необходимостью максимально быстро закрыть операционные раны (предотвращение гипотермии и дальнейшего инфицирования раны) в совокупности с не хирургическими методами коррекции гомеостаза. Это позволяет поддержать гомеостаз и как следствие снизить летальность, что и является главным преимуществом данной тактики перед другими (СНАЧАЛО ЖИЗНЬ, ЗАТЕМ КОНЕЧНОСТЬ, ПОТОМ ФУНКЦИЯ).

Во время второго этапа продолжают меры, направленные на коррекцию гомеостаза, осуществляется мониторинг основных показателей жизнедеятельности. В связи с этим удается максимально скорректировать гомеостаз перед третьим этапом.

Во время третьего этапа производится возможно окончательная хирургическая коррекция

всех повреждений. Приоритеты расставляются в сторону восстановления крупных сосудов, повторной ревизии тампонируемых областей или же применения гемостатических препаратов для окончательной остановки кровотечения, реконструктивных вмешательств на полых органах. Это позволяет обеспечить более высокую выживаемость, более низкую вероятность жизненно важных осложнений, при не менее качественно и полноценно выполненной работе относительно других методов.

Выводы. В ходе анализа документации и литературы (22 статьи) были выделены преимущества тактики запрограммированного хирургиче-

ского лечения над остальными, например, такие как:

1) вынужденное сокращение длительности оперативного вмешательства, направленно на сохранение поддержания гомеостаза;

2) предупреждение или уменьшение количества развития тяжелых, жизненных осложнений;

3) снижение летальности

по сравнению с применением других тактических подходов в лечении пациентов с тяжелой сочетанной травмой и повреждением органов брюшной полости.

Мараховская В.С., Безкаравайный Б.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

НЕКОТОРЫЕ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

В становлении водно-электролитного обмена у новорожденных большое значение придается нейрогормональным механизмам регуляции. Цель: изучить роль предсердного натрийуретического пептида (ANP) в регуляции водно-электролитного обмена в раннем неонатальном периоде у преждевременно рожденных детей с перинатальным поражением ЦНС. Материал и методы. Обследовано 60 недоношенных новорожденных детей в сроке гестации 37-32 недели перинатальным поражением ЦНС и массой тела при рождении от 1500 до 2500 г. Контрольная группа состояла из 10 здоровых доношенных детей, родившихся с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов от матерей, у которых беременность и роды протекали без патологии. Обследуемые дети были разделены на две группы по 30 человек в зависимости от гестационного возраста: недоношенные I степени – 35-37 недель, II степени – 32-34 недели. В каждой группе были выделены подгруппы: недоношенные с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС и дети с гипоксически-геморрагическим поражением ЦНС. Уровень ANP на 1 и 7 сутки жизни изучался при помощи радиоиммунологических методов. Статистическую обработку результатов исследований осуществляли с помощью программы Microsoft Excel 2007. Результаты и обсуждение. У доношенных новорожденных при рождении уровень ANP составил 19,11+3,48 фмоль/мл. На 7 сутки жизни показатель возрос до 52,83+ 3,45 фмоль/мл. У детей с ге-

стационарным возрастом 35-37 недель на 1 сутки жизни уровень ANP достигал 30,25+ 16,92 фмоль/мл, а на 7 сутки жизни – 71,24+ 15,2 фмоль/мл, что статистически соответствовало уровню пептида у здоровых доношенных детей ($p > 0,05$). У группы детей со сроком гестации 32-34 недели сразу после рождения уровень ANP соответствовал значению 90,05+15,42 фмоль/мл, а в конце раннего неонатального периода – 83,44+ 13,6 фмоль/мл. Высокие значения уровня ANP сохранялись в течение всего раннего неонатального периода у детей обеих подгрупп наблюдения со сроком гестации 32-34 недели ($p < 0,001$). Достоверно высокими (в сравнении с подгруппами 1а и 2а) были показатели содержания ANP в подгруппах детей не зависимо от гестационного срока с гипоксически – геморрагическим поражением ЦНС. Высокий уровень ANP отмечался у недоношенных новорожденных с респираторным дистресс синдромом в первые 3 дня жизни и составлял 32,51 фмоль/мл. Между степенью тяжести респираторных нарушений и плазменной концентрацией ANP выявлена прямая корреляционная связь ($r_{xy} = +0,43$). Изучение динамики ANP в плазме крови у детей со сроком гестации 32-37 недель в зависимости от периода отеочного синдрома показало, что до появления отеков он составлял 90,05 + 15,42 фмоль/мл, а в период выраженных отеков снижался до 57,4+ 13,12 фмоль/мл. Отмечена тенденция к повышению уровня ANP по мере ликвидации отеков. Таким образом, изменения уровня ANP у недо-

ношенных детей носят фазный характер.

Выводы. 1. ANP является маркером, характеризующим состояние нейрогормональных механизмов регуляции водно-электролитного обмена у недоношенных новорожденных с перинатальным поражением ЦНС.

2. Повышение плазменного уровня предсердного натрийуретического пептида более 90 фмоль/мл является информативным тестом,

свидетельствующим о напряжении нейрогормональной регуляции водно-электролитного обмена.

3. Максимальное напряжение нейрогормональных механизмов регуляции водно-электролитного обмена в раннем неонатальном периоде имело место у детей с гипоксически – геморрагическим поражением ЦНС, рожденных в сроке гестации 37-32 недели.

Марусиченко Е.А., Евтушенко С.К., Луцкий И.С., Ахмедов Э.Н., Серых Т.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака МЗ ДНР, г. Донецк, ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕМЬЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Актуальность темы. Рассеянный склероз (РС) – одна из наиболее актуальных проблем современной неврологии. В мире отмечается неуклонный рост заболеваемости РС. Вместе с тем обращает на себя внимание обилие клинических «масок» РС, что значительно усложняет диагностический поиск.

Цель исследования. На примере представленного клинического случая продемонстрировать сложности, с которыми сталкивается практикующий невролог в постановке диагноза демиелинизирующего заболевания.

Материалы и методы. Пациентка 55 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на головную боль, ослабление памяти, снижение слуха. Заболевание дебютировало с генерализованного судорожного приступа, пациентка в течение трех лет наблюдалась с диагнозом: «Очаговое поражение головного мозга неясной этиологии, симптоматическая эпилепсия». В неврологическом статусе очаговой симптоматики не было выявлено. На МРТ головного мозга – очаговые изменения в белом веществе лобных долей с обеих сторон, расцененные как активный демиелинизирующий процесс (РС). На фоне лечения внезапно развился повторный генерализованный судорожный приступ. В дальнейшем возникли дезориентация, глазодвигательные нарушения, акинетико-ригидный синдром. На МРТ головного мозга в динамике – очаговый процесс в белом веществе полушарий мозга, подкорковых структурах, мозжечке с накоплением контрастного вещества в виде полукольца. Отклонений в общеклинических лабораторных показателях крови и ликвора не было выявлено. Обнаружены IgG к цитомегаловирусу в титре

1/10 в ЦСЖ и IgG в титре 1/400 в крови, а также IgG к вирусу простого герпеса в титре 1/80 в ЦСЖ и IgG в титре 1/6400. Антител к вирусу Эпштейна-Барр и токсоплазме в ЦСЖ и крови не обнаружено. Оценка когнитивных функций по MMSE – 16 баллов (деменция умеренной степени). Начата пульс-терапия ГКС в течение 5 дней в сочетании с сеансами плазмафереза № 3, преднизолон в дозе 60 мг/сут (1 мг/кг). В результате лечения достигнут частичный регресс акинетико – ригидного синдрома, но спустя трое суток после выписки резко выросла общая слабость, возникли нарушения глотания, лихорадка. Пациентка была госпитализирована, однако проводимое лечение не дало эффекта, спустя несколько часов была констатирована смерть.

Патологоанатомический диагноз: Первичная диффузная В-клеточная лимфома головного мозга с поражением лобных, затылочных долей и подкорковых ядер.

Результаты и обсуждение. Сходная с демиелинизирующим процессом клиническая и радиологическая картина позволяют предположить наличие у пациентки в течение трех лет до малигнизации изолированного лимфоматоидного гранулематоза (ЛГ) головного мозга – системного заболевания, вызываемого вирусом Эпштейна – Барр и сопровождающегося поражением ЦНС в 30% случаев. По данным разных авторов, частота трансформации ЛГ в лимфому составляет от 31 до 57%. Затруднения в дифференциальной диагностике демиелинизирующего и опухолевого процесса связаны также с описанной в литературе вероятностью развития лимфомы ЦНС на фоне рассеянного склероза. При этом прижизненная морфологическая верификация лим-

фомы ЦНС не всегда возможна, а данные стандартных лабораторных исследований крови и ликвора могут быть малоинформативны. Представленный клинический случай иллюстрирует справедливость «золотого правила», сформу-

лированного W. McDonald: «Не должно быть лучшего объяснения, чем рассеянный склероз, необходимо исключить другие заболевания, подобные ему».

Марусиченко Е.А., Симанов Р.В., Землянская А.В., Курушкина Е.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака МЗ ДНР, г. Донецк,
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Актуальность темы. Фибромиалгия (ФМ) – вариант поражения внесуставных мягких тканей, характеризующийся разлитой мышечной болью и наличием специфических болезненных точек, определяемых пальпаторно. ФМ может быть первичной, но иногда она развивается на фоне других заболеваний, в т.ч. дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника и суставов. Боль при ФМ возникает вначале в отдельных участках тела, а затем может приобрести генерализованный характер и длительное, упорное течение. Как правило, использование НПВС в качестве средства монотерапии ФМ недостаточно эффективно, в связи с чем возникает необходимость разработки комплексных подходов к лечению данного синдрома.

Цель исследования: изучение эффективности использования современных физиотерапевтических методов и средств лечебной физкультуры в лечении пациентов с фибромиалгией на фоне дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника.

Материалы и методы. В исследование включено 96 пациентов с миофасциальными и корешковыми болевыми синдромами, с рентгенологически подтвержденными дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, в возрасте от 35 до 63 лет, мужчин – 40 (41,6%), женщин – 56 (58,4%), средний возраст – 42,1±2 года. Первичное обследование пациентов включало сбор информации об особенностях образа жизни, общеклинические исследования, оценку неврологического статуса. Дополнительные методы обследования включали в себя МРТ отделов позвоночного столба, денситометрию, электронейромиографию, ЭЭГ, УЗДГ сосудов шеи. Контроль эффективности осуществлялся методом оценки индекса BROW.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на боль в шейно-затылочной области с распространением на плече-лопаточную зону (n=12, 12,5%), в мыш-

цах плечевого пояса (n=24, 25%), спины (n=60, 62,5%). Значительно реже встречался генерализованный характер болевого синдрома (n=7, 7,3%). Ряд пациентов предъявляли жалобы на головные боли, чаще односторонней локализации (n=12, 12,5%). Также отмечались головокружение (n=8, 8,3%), депрессивные расстройства (n=87, 90,6%), нарушения ритмов сна и бодрствования (n=54, 56,3%), снижение концентрации внимания и памяти (n=28, 29,2%), проявления кардиального синдрома (нестабильность АД, эпизоды сердцебиения, колющие боли в области сердца при отсутствии ишемических изменений на ЭКГ) (n=65, 67,7%). В начале исследования была выделена группа пациентов (28 человек) с противопоказаниями к назначению физиотерапевтических процедур (ФТ). Пациенты 1-й группы посещали ежедневные занятия лечебной физкультурой (ЛФК) после медикаментозного купирования болевого синдрома, достигаемого, как правило, на 3-5 день лечения у всех пациентов. В данной группе была задействована фармакотерапия с использованием НПВС, а также фармакопунктура. Во 2-й группе применялась аналогичная программа лечения, дополненная физиотерапевтическими процедурами (фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, электромиостимуляция и электроаналгезия). Длительность лечения составляла от 10 до 14 дней в обеих группах. Во 2-й группе отмечено значительное уменьшение проявлений болевого синдрома по сравнению с пациентами 1-й группы (69,1% и 35,7% соответственно), астено-депрессивного синдрома (90,6% и 41,7% соответственно), кардиалгического синдрома (88,1% и 65,2% соответственно).

Результаты и обсуждение. Данная работа наглядно демонстрирует преимущества комплексного подхода к лечению ФМ, что позволяет добиваться ремиссии болевого синдрома и повышения качества жизни пациентов в кратчайшие сроки.

Марусиченко Е.А., Филимонов Д.А., Дюба Д.Ш., Ахмедов Э.Н., Чижевская О.И.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака МЗ ДНР, г. Донецк.,
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк

ПРЕДИКТОРЫ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СОЧЕТАНИИ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Актуальность темы. С 2004 г. в клинической практике используется шкала SCORE для лиц старше 40 лет, которая позволяет рассчитать 10-летний риск фатальных сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ), связанных с атеросклерозом. Недостатками SCORE являются оценка риска только фатальных ССЗ, что обуславливает ограниченную применимость метода и необходимость разработки новых оценочных подходов.

Цель исследования: исследовать причины ишемии головного мозга (ГМ) у пациентов с коронарным атеросклерозом с целью оценки возможностей вторичной профилактики мозговых катастроф.

Материалы и методы. В исследование включено 167 пациентов с диагнозом «ИБС», находившихся на лечении в отделениях ИНВХ им. В.К. Гусака: 112 мужчин (66,2%) и 55 женщин (33,85%); средний возраст составил 56,4±11,2 года; возрастной диапазон 45-77 лет. Пациентам выполнено дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА), транскраниальная доплерография, ЭХО-КГ, ХМ-ЭКГ, МРТ ГМ с ангиографией.

Результаты и обсуждение. Выявлены экстракраниальные стенозы и окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА) в группе пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ, n=36, 21,6%) без нарушения сердечного ритма (n=28, 16,8%): стенозы менее 50% просвета – 14 чел. (8,38%), стенозы 50%-70% просвета – 7 чел. (4,19%) стенозы более 75% просвета – 2 чел. (1,12%), окклюзия ВСА – 5 чел. (2,99%); с на-

рушением сердечного ритма (пароксизмальная и постоянная форма ФП, n=8, 4,8%), стенозы менее 50% просвета – 2 чел. (1,12%), 50% – 70% просвета – 6 чел. (3,6%), стенозов более 75% и окклюзий ВСА в данной группе не выявлено. Группа больных с атеросклеротическим и постинфарктным кардиосклерозом с нарушением сердечного ритма (n=55 чел, 33%): постоянная форма ФП – стенозы БЦА до 50% у 34 чел. (20,3%); более 50%-70% у 11 чел. (6,6%). У больных с атеросклеротическим кардиосклерозом в сочетании с ГБ (n=43, 25,7%) выявлены стенозы БЦА до 50% – 34 чел. (20,3%) более 50%-70% – 9 чел. (5,38%). Среди больных с ОИМ у 4 (2,4%) чел. с ФП в анамнезе было ОНМК. У 16 больных (9,58%) с постинфарктным кардиосклерозом и нарушениями сердечного ритма в анамнезе было ОНМК, из них у 8 чел. (4,79%) – повторные ОНМК. В группе больных с ГБ в анамнезе ОНМК выявлено у 3 чел. (1,8%). Гемодинамически значимые стенозы/окклюзии каротидных артерий выявлены у 46 чел. (27,5%). 23 пациента (13,8%) перенесли ОНМК, не связанное с острой коронарной патологией.

Выводы. Представленная работа наглядно показывает сочетанный характер атеросклеротического поражения различных сосудистых бассейнов. Это обуславливает необходимость комплексного обследования больных с кардиоцеребральной патологией с целью организации своевременной и максимально полной вторичной профилактики ОНМК.

Масенко В.В., Сохина В.С., Авсянкина Е.В., Скороход А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Актуальность. Инсульт является одной из основных причин смертности и инвалидизации населения земного шара. По данным ВОЗ, в мире насчитывают 17 млн. больных, которые перенесли мозговой инсульт. В исследованиях цитиколина продолжают изучать новые механизмы его действия, способность оказывать

нейропротекторное действие и восстанавливать нервные клетки. В последние годы в терапии сердечно-сосудистых заболеваний большое внимание отводится препаратам с мультимодальным действием. К таким препаратам относится Корвитин-растворимая форма биофлавоноида кверцетина.

Целью исследования явилась оценка эффективности и переносимости комбинированной нейропротекторной терапии с применением препаратов Корвитина и Цераксона (Цитиколин) в ранней реабилитации пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. Медицинская документация пациентов, находящихся на стационарном лечении в 1 и 2 неврологических отделениях Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДоКТМО). Все пациенты были распределены на 2 группы: основную и контрольную. В первую клиническую группу (основную) вошли 25 пациентов, возрастной диапазон от 50 до 75 лет (средний возраст $60 \pm 1,2$ лет), которые получали Корвитин и Цераксон в дополнении к базовой терапии. Во вторую клиническую группу (контрольную) вошли 25 пациентов, средний возраст которых составил 60 лет, они получали базовую терапию (гипотензивную, антиагрегантную, гиполипидемическую, антидиабетическую). Пациенты основной группы получали Корвитин в течение 10 дней в 100,0 мл изотонического раствора в/в капельно

в течение 15-20 минут 1 раз в сутки и Цераксон по 1000 мг в/м 2 раза в сутки в течение 10 дней. Проведенный анализ результатов, характеризующих степень нарушений неврологических функций по шкале NIHSS, показал, что в группе пациентов, получавших комбинированное лечение Цераксоном и Корвитином, имело место снижение выраженности нарушения неврологических функций, которые достоверно улучшались на всех этапах наблюдения.

Результаты и обсуждение. Степень неврологического дефицита в контрольной группе была меньше по сравнению с основной группой. При оценке общего когнитивного дефицита по шкале MoCA в основной группе также наблюдалось достоверное улучшение когнитивных функций по сравнению с начальным этапом наблюдения.

Выводы. Таким образом, комбинированная нейропротекторная терапия с применением препаратов Корвитина и Цераксона, направленная на восстановление нарушенных неврологических функций и ликвидацию когнитивного дефицита, может быть рекомендована для лечения больных с мозговым ишемическим инсультом.

Масенко В.В., Сохина В.С., Авсянкина Е.В., Скороход А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Цель исследования. Изучение неврологических проявлений у больных с хроническими ишемическими поражениями головного мозга.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 67 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в 1 неврологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДоКТМО), в период с 2015 г. по 2020 г.

В исследование отобрано 67 историй болезни, возраст больных – от 18 до 45 лет с АГ I и АГ II степени. Длительность АГ составляла от 3-х до 10 лет. Средний возраст больных составил $38,1 \pm 1,2$ лет. Из них было 36 (53,7%) мужчин и 31 (46,3%) женщина. Диагноз хронической ишемии мозга (ХИМ) I стадии был установлен у 24 (35,8%), а ХИМ II – у 43 (64,2%) человек. В исследование включались пациенты с наличием церебральных жалоб. Пациенты с наличием симптоматической АГ, тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями в исследование не включались. Использовали следующие методы: клиничко-неврологический, биохимические, ЭКГ, суточное мониторирование АД,

магнитно-резонансную томографию головного мозга (МРТ), для оценки выраженности когнитивных нарушений (КН) применяли нейропсихологическое тестирование: тест рисования часов (РиЧ), запоминания 10 слов (ЗаС), Монреальскую шкалу (МШ), медико-статистический метод.

Результаты и обсуждение. При оценке жалоб больных было выявлено, что у пациентов с ХИМ I стадии наиболее частыми клиническими синдромами были астенический – у 13 (54,2%) человек и невротический – у 11 (45,8%). В группе с ХИМ II стадии чаще диагностировались следующие синдромы: цефалгический – у 21 (48,8%), когнитивных нарушений – у 37 (86,1%) человек, вестибулярный – у 17 (39,5%), инсомнический – у 14 (32,6%) человек, астенический – у 9 (20,9%), невротический – у 11 (25,6%) человек. Неврологическая симптоматика была представлена мелкоочаговыми симптомами. При оценке когнитивных функций были выявлены следующие результаты: у 16 (66,7%) пациентов с ХИМ I стадии диагностировались легкие КН ($6,5 \pm 0,1$ баллов по тесту РиЧ; $7,7 \pm 0,1$ баллов по

тесту ЗаС; $26,4 \pm 0,1$ балла по тесту МШ). У 26 (60,5%) человек с ХИМ II стадии диагностировались легкие КН ($8,4 \pm 0,3$ баллов по тесту РиЧ; $6,3 \pm 0,5$ баллов по тесту ЗаС; $26,9 \pm 0,3$ балла по тесту МШ, ($P < 0,001$)) и у 11 (25,6%) человек – умеренные КН ($5,5 \pm 0,2$ баллов по тесту РиЧ; $4,5 \pm 0,2$ баллов по тесту ЗаС; $24,5 \pm 0,2$ балла по тесту МШ). По данным МРТ головного мозга чаще выявлялись легкие атрофические процессы больших полушарий головного мозга.

Таким образом, выявлено, что зависимости от стадии ХИМ, обусловленной АГ, в молодом возрасте изменялся характер общемозговой симптоматики, на I стадии ХИМ преобладали астено-невротические расстройства, на II стадии ХИМ – когнитивные нарушения, цефалгический и вестибулярный синдромы. Изучение

когнитивного дефицита у пациентов молодого возраста, страдающих АГ I и II степени, определило распространенность и частоту КН. Легкие КН диагностируются у 66,7% пациентов с ХИМ I стадии и у 60,5% пациентов с ХИМ II стадии, а умеренные КН – 25,6% человек.

Выводы. Современные методы нейропсихологического тестирования необходимо использовать при обследовании пациентов молодого возраста, страдающих АГ, с целью своевременной диагностики цереброваскулярных нарушений и правильной тактики врача на данном этапе заболевания. Раннее выявление КН актуально в плане своевременного предотвращения их дальнейшего прогрессирования и повышения качества жизни трудоспособного населения.

Масенко В.В., Сохина В.С., Бубликова А.М., Скороход А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПАРКИНСОНИЗМА

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины и возможности терапии нейролептического паркинсонизма у стационарных пациентов.

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация (данные анамнеза, неврологического статуса, результатов лечения) 27 пациентов, страдающих психически заболеваниями и имеющих сопутствующие проявления паркинсонизма, обусловленные приемом нейролептиков, которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении №1 Донецкого клинического территориального медицинского объединения. Возраст пациентов составил от 32 до 74 лет. Проявления нейролептического паркинсонизма встречались у мужчин-16 (59,3%), у 11 (40,7%) женщин.

Результаты и обсуждения. Наблюдалось следующее распределение по клиническим формам паркинсонизма: гипокинезия и ригидность у 20 (74,1%) пациентов, у 7 (25,9%) пациентов имелось сочетание тремора и ригидности. У 6 (22,2%) пациентов в клинической картине также наблюдались проявления постуральной неустойчивости. У подавляющего большинства пациентов – 25 (92,6%) нейролептический паркинсонизм развился в связи с приемом типичных нейролептиков, таких как трифтазин, аминазин, галоперидол, хлорпротиксен, клопиксол, модитен-депо. 2 (7,4%) пациента получали в

отделении атипичные нейролептики азалептин, однако при детальном сборе анамнеза выяснялся прием одного из атипичных нейролептиков (трифтазин, галоперидол) на амбулаторном этапе.

С целью уменьшения проявления экстрапирамидных нарушений, по согласованию с психиатром, 23 (85,1%) пациентам, принимающим типичные нейролептики, был рекомендован перевод на атипичный нейролептик, в качестве которого использовался азалептин. Данная коррекция терапии привела к улучшению клинического статуса у 21 (77,7%) пациентов. 20 (74,1%) пациентам, принимающим типичные нейролептики, в качестве препарата, корректирующего экстрапирамидный синдром, был назначен амантадин, что привело к уменьшению гипокинезии, ригидности и тремора у 18 (66,6%) пациентов.

Выводы. Проблема экстрапирамидных нарушений, обусловленных приемом нейролептиков, лежит на стыке двух специальностей – неврологии и психиатрии. Актуально проведение дальнейших исследований по распространенности экстрапирамидных нарушений, в том числе нейролептического паркинсонизма, на фоне приема нейролептиков, особенностей клинических проявлений, оптимальной фармакотерапии возникших расстройств. Нередко таким пациентам ошибоч-

но устанавливается диагноз болезни Паркинсона и назначаются дофаминергические препараты, что может привести к обострению психиче-

ских проявлений. В решении данной проблемы важно активное сотрудничество смежных специалистов.

Масенко В.В., Сохина В.С., Бубликова А.М., Скороход А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

МУТАЦИИ ГЕНА MTHFR КАК ОДИН ИЗ ИНДУКТОРОВ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Актуальность: головная боль (ГБ) является важной медико-социальной проблемой и наиболее частой причиной обращений к неврологам и терапевтам. Частота встречаемости эпизодической ГБ в России и за рубежом достигает 93%, а частой ГБ – 50-60%. В последние годы все активнее изучается генетический аспект патогенеза ГБ. Одним из «генов-кандидатов» на роль индуктора ГБ является ген MTHFR, кодирующий метилентетрагидрофолатредуктазу (МТГФР).

Цель исследования: обзор научно-исследовательских работ, посвященных оценке роли мутаций гена MTHFR как индукторов первичных головных болей.

Материалы и методы: проведен поиск русскоязычных и англоязычных статей в научных базах E-library, PubMed, SAGE Premier, Scopus, Oxford University Press, Web of Science по ключевым словам: метилентетрагидрофолатредуктаза, MTHFR, головная боль, ген, однонуклеотидный полиморфизм (ОНП), methylenetetrahydrofolatereductase, headache, gene, single nucleotide polymorphism (SNP). Проанализирована 21 статья, по результатам исследований в которых суммарно было включено 12 702 больных с первичной ГБ, в т.ч. 10 812 с мигренью, 727 с ГБ напряжения, 48 206 здоровых лиц.

Результаты и обсуждение: генетические исследования, изучающие роль MTHFR в патогенезе первичных ГБ, сосредоточены на двух полиморфизмах: С677Т и А1298С. В 14 исследованиях выявлено, что носительство гомозиготных генотипов 677С/С или 1298С/С гена MTHFR

ассоциировано с риском возникновения ГБ. Эти работы были проведены в популяциях Турции, Австралии, США, Италии, Японии, Кореи, Испании, России, Хорватии, Китая. Были исследованы генотипы 2557 больных ГБ и 2945 здоровых лиц. Преимущественное внимание было обращено на пациентов с мигренью, пациенты с ГБ напряжения составили 140 человек из указанного числа больных.

В 3 исследованиях выявлено, что носительство гомозиготного генотипа 677С/С гена MTHFR ассоциировано с уменьшением вероятности развития ГБ. Авторы обследовали граждан США и Исландии, включая 7108 больных и 43 556 здоровых лиц контрольной группы. Так же, преобладали больные мигренью, больные ГБ напряжения составили 367 человек.

В 4 работах не выявлено ассоциаций мутации гена MTHFR с возникновением первичных ГБ. Эти исследования были проведены в Финляндии, Португалии, Северной Индии, Австрии, Германии, включали 1874 больных (из них 220 – с ГБ напряжения, остальные – с мигренью) и 1705 здоровых лиц контрольной группы.

Выводы: полученные данные противоречивы. Значение гена MTHFR в патогенезе первичных ГБ требует дальнейшего изучения. Имеется вероятность того, что ассоциация данных генотипов с ГБ зависит от этнической принадлежности больных. В Российской Федерации ввиду этнического многообразия населения генетические факторы могут представлять значение для планирования мероприятий профилактики ГБ.

Масенко В.В., Сохина В.С., Гольнева А.П., Сигитова Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ

Актуальность. Невропатическая боль – это болевой синдром, обусловленный поражением соматосенсорной нервной системы вследствие

самых разных причин. Учитывая ограниченность использования неспецифических противовоспалительных, противосудорожных препа-

ратов, опиоидов хорошо зарекомендовали себя селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.

Цель исследования. Изучение эффективности применения препарата из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (Венлаксор) в лечении цервикокраниалгии, люмбоишиалгии и других невропатических болей.

Материалы и методы. Под наблюдением в 1 неврологическом отделении Донецкого клинического территориального объединения (ДоК-ТМО) находились 23 пациента в возрасте от 32 до 76 лет, среди которых 14 женщин и 9 мужчин, которые на протяжении двух и более лет страдали хронической невропатической болью. Из них 9 предъявляли жалобы на цервикокраниалгию, 6 пациентов – на люмбоишиалгию, 8 – другие виды хронической невропатической боли. Лече-

ние дополнили препаратом венлафаксина (Венлаксор) в начальной суточной дозе 75 мг.

Результаты и обсуждение. Все пациенты отметили снижение болевого синдрома в течение 1 мес. лечения. Устойчивый анальгезирующий эффект длился более 3 месяцев. У пациентов улучшилось самочувствие, поднялось настроение, уменьшились проявления тревожности. Побочных эффектов отмечено не было. Венлаксор не оказывал существенного влияния на способность управлять автомобилем и не снижал скорость и качество выполнения психомоторных тестов.

Выводы. Проведенные исследования позволяют предложить препарат Венлаксор в качестве необходимой терапии невропатических болей, поскольку оказывает анальгезирующий, антидепрессантный эффект и невысокое число побочных эффектов.

Масенко В.В., Сохина В.С., Гольнева А.П., Шевченко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФЕНОМЕН НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ, КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

Цель. Рассмотреть основные методы реабилитации при коррекции двигательных нарушений у лиц, перенесших мозговую инсульт, основываясь на механизмах нейропластичности.

Материалы и методы. Обзор научной литературы последних лет из базы eLibrary.

Результаты. Нейропластичность – способность центральной нервной системы к изменениям и адаптации под влиянием внешних и внутренних факторов. В основе пластичности лежат нейрональные (спраутинг, арборизация, нейрогенез), синаптические (изменение количества, структуры, «силы проведения») и глиальные перестройки, оптимизация межнейрональных связей. Показано, что при повреждении первичные и вторичные области коры обоих полушарий могут брать на себя функцию утраченных нейронов. При таком осложнении инсульта, как двигательная дисфункция, в ответ на повреждение моторной коры происходит реорганизация соматосенсорной зоны. Показано, что значительных успехов в коррекции двигательных нарушений возможно достичь методами проприоцептивного нервно-мышечного облегчения, лечебной

гимнастики, механотерапии (роботизированной, с использованием экзоскелета), роботизированной системы ходьбы, локомоторного тренинга с поддержкой и частичной разгрузкой веса тела или сочетанием нескольких из них (например, криомассажа и роботизированного комплекса с биологической обратной связью). Перспективным методом считается функциональная электрическая стимуляция (ФЭС). Основываясь на феномене длительного потенцирования, предложено повторное проведение курса реабилитации, позволяющее не только закрепить навык, но и улучшить первоначальный результат. Для улучшения синаптической передачи и обмена нейромедиаторов, обеспечения нейропротекции, поддержания метаболизма также показана медикаментозная терапия (Кортексин и др.). Отмечено положительное влияние социальной среды, занятий творчеством и другими видами «гимнастики» мозга на нейрогенез.

Выводы. Таким образом, знание механизмов нейропластичности лежит в основе эффективной реабилитации, которая определяет основные методы коррекции двигательной дисфункции.

Масенко В.В., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Федько В.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНЫХ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Цель исследования. Изучить выраженность изменений белого и серого вещества головного мозга у пациентов с когнитивными нарушениями (КН) в остром периоде ишемического инсульта (ИИ).

Материалы и методы. Проанализировано исследование, проведенное Научным центром неврологии (г. Москва, 2020 г.). Материалом для настоящего исследования послужили результаты обследования 117 пациентов-правшей (81 мужчина – 69,2%, 36 женщин – 30,8%) в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст составил 65,2±4,7 лет) с ИИ в бассейне левой средней мозговой артерии в остром периоде заболевания.

Нейропсихологическое тестирование проводилось по стабилизации общего самочувствия на 18-21 сутки ИИ и включало краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE), батарею тестов для оценки лобной дисфункции (FAB), тест рисования часов (ТРЧ), тест «10 слов» (ТДС), символично-цифровой тест (СЦТ), тест на литеральные и категориальные ассоциации (ЛА, КА). Помимо исключения геморрагического инсульта и установления признаков острого ишемического повреждения мозга, проводилась оценка выраженности атрофий коры, диффузных изменений белого вещества головного мозга, наличие лакунарных очагов. Оценка производилась ранговым методом по аналогии с шкалой Fazekas, Koedam и шкалой глобальной кортикальной атрофии. Для статистической обработки результатов исследования использовали программу «STATISTICA 10.0 for Windows».

Результаты и обсуждение. В остром периоде инсульта КН были выявлены у 80 (68,4%) пациентов, из них 69 (59,0%) имели умеренные КН (УКН), а КН, соответствующие степени деменции, определялись у 11 (9,4%) пациентов. Средние значения нейропсихологических тестов составили: MMSE 26,1±1,9 баллов, FAB 16,0±0,9 баллов, ТРЧ 7,2±1,0 баллов, ТДС 6,2±0,6 слов, СЦТ 32,9±5,6 баллов, ЛА 11,2±1,5 слов, КА 15,5±2,3 слова. Нарушения характеризовались преимущественно снижением

нейродинамических процессов и нарушением регуляторных функций, что проявлялось ослаблением внимания, замедлением психической деятельности, нарушением планирования и снижением речевой активности.

По результатам КТ головного мозга, единичные лакунарные ишемические очаги были выявлены у 32 (27,4%) больных, от 3 до 5 очагов – у 10 (8,5%). Атрофические изменения были диагностированы у 62 (53,0%) пациентов. Изменения белого вещества головного мозга по типу лейкоареоза определялись у 71 (60,7%) пациента. При проведении корреляционного анализа для лейкоареоза и атрофии коры по результатам большинства нейропсихологических шкал были установлены значимые взаимосвязи (0,41-0,71). Также с помощью статистических методов был произведен расчет отношения шансов (ОШ) развития КН при каждом из выявленных патологических нейровизуализационных признаков. Удалось определить, что на развитие КН к 18-21 суткам заболевания наиболее сильно влияло наличие атрофических изменений (ОШ=47,9; 95% ДИ 13,1-175,5; p<0,05). Присутствие преморбидных лакунарных очаговых изменений также достоверно увеличивало риск развития КН (ОШ=9,8; 95% ДИ 3,2-30,1; p<0,05), так же как и наличие лейкоареоза (ОШ=6,3; 95% ДИ 2,7-14,5; p<0,05).

Выводы. Было установлено, что наличие атрофических изменений головного мозга, преморбидных лакунарных ишемических очагов и лейкоареоза имеет значимое влияние на вероятность развития КН после ИИ. Результаты исследования показали, что более 50% пациентов с ИИ имели структурные изменения головного мозга, не связанные с острым ишемическим процессом, наличие которых повышало вероятность развития КН к 18-21 суткам ИИ. Полученные результаты подтверждают гетерогенность постинсультных КН и могут способствовать разработке более эффективных методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов с нарушениями интеллектуально-мнестических функций.

Масенко В.В., Сохина В.С., Максименко О.Л., Скороход А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ПРИ ПРЕХОДЯЩИХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Актуальность. Головные боли при преходящих нарушениях мозгового кровообращения отличаются значительным клиническим разнообразием. Это создает сложности, как для ранней диагностики основного заболевания, так и для определения терапевтической тактики в отношении этого вида вторичной цефалгии.

Целью исследования явилось проанализировать клинические исследования, посвященные выявлению основных закономерностей появления головных болей при транзиторных ишемических атаках.

Материалы и методы. Было проанализировано исследование, проведенное Научным центром неврологии в 2020 году (г. Москва). Обследовано 132 человека с верифицированным диагнозом преходящее нарушение мозгового кровообращения. В исследуемую выборку относились только те пациенты, которые отмечали появление новой острой головной боли одновременно с развитием неврологического дефицита и длительностью не более 24 часов. У всех больных помимо классического неврологического осмотра оценивалась интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале, осуществлялись нейровизуализационные и доплерографические исследования.

Результаты и обсуждение. В результате обследования было установлено, что головная боль наблюдалась у 49 (37%) пациентов. Причем только у 40 (30%) из них цефалгия соответствовала критериям отбора, а у 9 (7%) человек головная боль дебютировала за 2 – 32 часа до сосудистой катастрофы. 32 (80%) пациента выборки оценивали свою боль, как средней интенсивности, а

8 (20%) человек, как резко выраженную. Средняя продолжительность цефалгии составляла 16,7 часа. В подавляющем числе случаев (90%) головная боль наблюдалась при транзиторных ишемических атаках в вертебрально-базиллярном бассейне. Определялась достаточно устойчивая связь между локализацией нарушений мозгового кровообращения и топографией головной боли. Так 83% пациентов с транзиторными ишемическими атаками в вертебрально-базиллярном бассейне сообщали о головной боли в затылочной области и лишь 17% характеризовали цефалгии, как диффузные или бифронтальные. В свою очередь все пациенты с транзиторными ишемическими атаками в бассейне сонных артерий отмечали головную боль в лобной области, причем более латерализованную в сторону сосудистой катастрофы. Пациенты, не вошедшие в основную выборку, характеризовали свои цефалгии, как диффузные и умеренно-выраженные.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить различный генез головных болей при преходящих нарушениях мозгового кровообращения. Наиболее вероятные механизмы – усиление импульсации с рецепторного аппарата сосудов мозга и твердой мозговой оболочки вследствие ишемии, воздействия продуктов тромбоза или перестройки работы тригеминоваскулярной системы. Понимание патогенеза головной боли при преходящих нарушениях мозгового кровообращения позволяет не только рационально купировать это достаточно неприятное проявление основного заболевания, но и способствует его ранней диагностике, в том числе определению зоны сосудистого конфликта.

Масенко В.В., Сохина В.С., Самисько В.Э., Выхованец Н.Ю., Скороход А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЗЕРКАЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Актуальность. Двигательные нарушения являются ведущей проблемой нейрореабилитации. Согласно данным отечественных исследований, нарушения произвольных движений встречаются у 85% лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), из них в

55% случаев двигательный дефицит сохраняется через год после перенесенного инсульта. При этом парез верхних конечностей приводит к значительным ограничениям в повседневной жизни больных.

Цель исследования. Изучить возможности

и перспективы применения метода зеркальной обратной связи у пациентов с постинсультными двигательными нарушениями.

Материалы и методы. Обзор и анализ зарубежной и отечественной литературы, научно-исследовательских трудов.

Результаты и обсуждение. Метод зеркальной тренировки был разработан в середине 1990-х годов профессором Калифорнийского университета В. Рамачандром для лечения фантомных болей. Через несколько лет его же исследовательская группа использовала данную методику для восстановления движений у пациентов с гемипарезом после инсульта. Механизмы действия методики до конца не установлены, но предполагается что эффект обусловлен тремя основными компонентами. Во-первых, происходит растормаживание структурно сохраненных, но функционально неактивных нейронов моторных областей пораженного полушария и их связей. При развитии ОНМК в первые дни происходит отек кортикофугальных волокон, что приводит к формированию очага с размерами, превышающими «истинный очаг». Это обуславливает функциональную составляющую пареза или паралича, которая затем переходит в структурную. Во-вторых, наблюдается такой феномен, как стимуляция моторного воображения. Было установлено, что любой двигательный акт имеет две фазы: воображаемую и кинестетическую. При зрительной обратной связи к воображаемому компоненту добавляется еще и положительная визуальная обратная связь, что способствует восстановлению утраченного двигательного навыка. В-третьих, при зеркальной терапии происходит активация специфических клеток – зеркальных нейронов. Эти нейроны находятся в головном мозгу в виде двух основных групп: одна включает премоторную кору и париетальную

доли, другая – островок и переднюю цингулярную кору. Особенность этих нейронов такова, что они активируются как при выполнении действия, так и при наблюдении за выполнением данного действия. Эти клетки участвуют во взаимодействии различных модальностей: зрения, проприоцепции, слуха. Активация зеркальных нейронов путем воздействия зрительной

обратной связи приводит к восстановлению утраченных связей между различными моторными областями, что облегчает восстановление двигательной активности после сосудистой катастрофы.

Технология методики такова, что во время сеанса зрительной обратной связи перед пациентом ставится зеркало таким образом, чтобы пациент наблюдал свою здоровую конечность и ее отражение, тогда как пораженная конечность находится за зеркалом и недоступна для визуализации. Пациента просят выполнять движения здоровой конечностью и непрерывно смотреть на ее отражение в зеркале. Таким образом, создается зрительная иллюзия того, что больная рука двигается также хорошо, как и здоровая. Продолжительность сеанса варьирует в пределах 15-30 минут, в зависимости от общего состояния человека. Количество сеансов – 5 раз в неделю. Общая продолжительность курса составляет от 2 до 4 недель.

Изучение эффективности зеркальной терапии при ОНМК ведется с конца 1990-х годов. Улучшение движений у пациентов с гемипарезом было показано в двух рандомизированных контролируемых исследованиях. Исследование 40 пациентов с парезом в руке, которым проводилась зеркальная терапия или плацебо-терапия в виде бимануального тренинга с разделением рук неотражающей поверхностью. У пациентов группы зеркальной тренировки было показано статистически значимое улучшение по шкалам Brunnstom и FIM по сравнению с контрольной группой. В другом исследовании у 15 пациентов в подостром периоде инсульта также было показано значительное улучшение двигательной функции руки по шкале Fugl-Meyer в группе зрительной обратной связи.

Выводы. Метод зеркальной терапии активно применяется в составе комплексной реабилитации после инсульта, отличается простотой проведения, доступностью и безопасностью, возможностью использования у пациентов с тяжелой степенью моторного дефицита. Все это обуславливает успешное введение данной методики на этапе реабилитации во многих странах мира, в том числе РФ.

Масенко В.В., Сохина В.С., Скороход А.М., Максименко О.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) – хроническое аутоиммунное заболевание, при котором поражается миелиновая оболочка нервных волокон головного и спинного мозга. Восстановление пораженного миелина является наиболее перспективным методом борьбы с РС.

Цель исследования. Проанализировать данные научных исследований, направленных на изучение восстановления целостности миелиновой оболочки нервных волокон для борьбы с РС.

Материалы и методы: Обзор и анализ отечественной и зарубежной литературы.

Результаты и обсуждение. Американские ученые из Кембриджа, штата Массачусетс в 2018 году, провели первое успешное клиническое исследование на людях, страдающих РС. В данном исследовании пациентам с невритом зрительного нерва, который чаще всего является одним из первых симптомов РС, вводили моноклональные антитела ВПВ033, после чего измеряли скорость проведения электрических импульсов от сетчатки к головному мозгу. Согласно результатам исследования, у пациентов, получивших

препарат ВПВ033, скорость проведения импульсов была выше на 40% по сравнению с плацебо-контролируемой группой. Эти данные могут косвенно служить доказательством того, что у пациентов, получивших данный препарат, произошла ремиелинизация пораженных нервных волокон. Причина, по которой данный препарат может помочь больным с РС в следующем: при данном заболевании белок LINGO-1 нарушает дифференцировку клеток-предшественников олигодендроцитов, продуцирующих миелин. Моноклональные антитела реагируют с белком LINGO-1, в результате чего дифференцировка клеток и синтез миелина возобновляются.

Выводы. На данный момент, препарат ВПВ033 является единственным препаратом, способствующим устранению причины РС – разрушению миелина нервных волокон, в отличие от остальных средств, применяемых при данном заболевании. Таким образом, этот препарат может существенно изменить принципы терапии РС и изменить прогноз пациента в лучшую сторону.

Масенко В.В., Сохина В.С., Скороход А.М., Федько В.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧНОСТИ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА (ОБЗОР)

Цели исследования. Изучить эффективность ботулинотерапии в лечении спастичности в раннем восстановительном периоде после мозгового инсульта на основании анализа литературных источников.

Материалы и методы. Были проанализированы 17 печатных работ российских и зарубежных авторов по применению ботулинического токсина типа А при лечении постинсультной спастичности.

Результаты и обсуждение. Согласно данным Simpson D.M. et al, использование ботулотоксина в программе реабилитации больных со спастичностью конечностей приводит к гораздо более эффективному снижению мышеч-

ного тонуса и уменьшению в 2,5 раза частоты развития побочных эффектов в сравнении с терапией пероральными миорелаксантами. Изучение баланса стоимость/эффективность при реабилитации постинсультных пациентов со спастическим синдромом показало, что использование схемы «баклофен+реабилитация» обходится в 3 раза дороже, чем использование схемы «ботулотоксин+реабилитация», а только реабилитационные мероприятия без медикаментозного снятия спастического синдрома в 10 раз дороже, чем применение схемы «ботулотоксин+реабилитация».

На сегодняшний день доказано, что в случае мультифокальной/фокальной спастичности как

верхней, так и нижней конечности, терапией 1-й линии является введение ботулотоксина в мышцы-мишени, формирующие индивидуальный спастический паттерн. В ряде работ показано, что применение ботулотоксина (наряду с кинезио-, физиотерапией и медикаментозной миорелаксацией) в остром периоде инсульта при ранней спастичности направлено на трансформацию патологического двигательного паттерна, профилактику грубой спастичности и формирования ранней контрактуры, а также уменьшения плечевого синдрома. Было отмечено, что однократное введение ботулотоксина в мышцы верхней конечности в небольших по сравнению

с обычно рекомендуемыми дозировками – 1/2 от средней рекомендуемой дозы – оказывает длительный эффект в отношении снижения мышечного тонуса и боли в пораженной руке (до 6 месяцев), а также способствует улучшению повседневной активности.

Выводы. У пациентов с выявленной ранней постинсультной спастичностью руки в остром и раннем восстановительном периоде инсульта (до 3 месяцев от дебюта заболевания) показана эффективность ботулинотерапии в комплексном подходе к лечению в сочетании со стандартными методами ранней нейрореабилитации.

Масенко В.В., Сохина В.С., Скороход А.М., Шевченко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕСТО НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ В МЕХАНИЗМЕ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛИ

Цель настоящего обзора – изучение доступных публикаций зарубежной и отечественной литературы, посвященных роли мутаций натриевых каналов в патогенезе боли, в том числе нейропатической боли (НБ).

Материалы и методы. Литература по изучению роли натриевых каналов в патогенезе боли была получена посредством поиска данных в международных электронных базах данных, включая PubMed/MedLine, а также научной электронной библиотеке России – eLIBRARY.RU.

Результаты и обсуждение. Nav1.1, экспрессируется в ЦНС и ассоциируются с развитием эпилепсии, особенно семейных форм, дебютирующих в раннем детском возрасте с фебрильных приступов. Канал Nav1.3 обычно не экспрессируется на высоком уровне в сенсорных нейронах взрослых, но его экспрессия может повышаться после повреждения нерва. Однако, у мышей нокаут Nav1.3 в сенсорных нейронах не блокирует повышенную чувствительность, вызванную повреждением нерва. Это указывает на то, что Nav1.3 не является специфическим пусковым механизмом для НБ.

Nav1.5, участвует в деятельности сердца. Очевидно, что это делает Nav1.5 и Nav1.1 плохими терапевтическими мишенями для лечения боли. Nav1.7 играет важную роль в передаче болевых импульсов в периферических и в центральных сенсорных нейронах при воспалительном и механическом характере боли. Удаление Nav1.7 именно в ноцицепторах или в сенсорных нейронах не влияет на развитие НБ. В тоже время, в ряде работ показана важная роль Nav1.7, экс-

прессирующихся в симпатических нейронах, в развитии НБ и восприятию тепловой боли. Также показана важность взаимодействия сенсорных и симпатических нейронов в патогенезе НБ. Холодовая боль не зависит от экспрессии Nav1.7. Выявлена взаимосвязь между характером болевого синдрома и носительством однонуклеотидного полиморфизма (ОНП) гена SCN9A при таких соматических заболеваниях как поясничная дискэктомия, фантомные боли, боли после ампутации конечности, ишиас, панкреатит, фибромиалгия, остеоартрит, диабетическая полинейропатия. Канал Nav1.8 имеет большое значение для восприятия холодовой боли, сохраняя свою способность генерировать электрические импульсы и передавать ноцицептивную информацию в ЦНС при низких температурах, в отличие от других натриевых каналов. Возможно, Nav1.8 в периферических сенсорных нейронах необходимы для идентификации болевых ощущений в условиях низких температур. Нейроны, экспрессирующие Nav1.8, не играют решающей роли в развитии НБ, в тоже время Nav1.8 необходим для спонтанной активности поврежденных сенсорных аксонов и может способствовать развитию гиперчувствительности к механическим раздражителям. Исследования Nav1.8 ноль-мутантной линии мышей показали, что у животных снижается восприятие висцеральной боли. Различные варианты мутаций гена, кодирующего Nav1.8 могут влиять на активность натриевых каналов и вносить вклад в патофизиологию болевых форм нейропатий тонких волокон. Показана роль Nav1.8 не только в развитии патологических состояниях, ассоциированных с болью, но и в модуляции

болевого чувствительности человека в общей популяции. Это в свою очередь может помочь в понимании механизмов индивидуальных различий восприятия боли. Nav1.9, вероятно, играет важную роль в гипервозбудимости ноцицепторов, наблюдаемых при воспалительной боли, а также в развитии аллодинии на воздействие холодových

раздражителей при НБ.

Выводы. Последние генетические исследования человека и трансгенных животных показывают, что натриевые каналы связаны с различными типами боли и могут являться мишенями для терапевтического воздействия, в том числе при НБ.

Масенко В.В., Сохина В.С., Федько В.Г., Скороход А.М., Женжеруха Д.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ОЧАГОВЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОЗОМ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

Цель исследования. Изучение встречаемости очаговых симптомов у больных с достоверным диагнозом РС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 30 пациентов, проходивших лечение в неврологическом отделении №1 Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДоКТМО) в период с 2018 по 2020 гг. В исследуемую группу вошли 18 женщин и 12 мужчин в возрастном диапазоне от 20 до 68 лет (средний возраст $40,1 \pm 1,2$ лет).

Результаты и обсуждение. При анализе симптомов поражения пирамидной системы было выявлено, что с наибольшей частотой встречаются патологические рефлексы Бабинского (50%), Россолимо-Вендеровича и Россолимо (57%), хоботковый (53%). Суммарно патологические рефлексы встречались у 83% обследуемых. Анизорефлексия рук обнаруживалась в 90% случаев, анизорефлексия ног в 83% случаев. Клонус стоп был выявлен у 27%. Отсутствие брюшных рефлексов наблюдалось в 43% случаев. Дисфункция тазовых органов наблюдалась у 33% больных чаще всего по типу императивных позывов.

Функция мозжечка оценивалась по устойчивости в позе Ромберга и по выполнению координаторных проб. В позе Ромберга у 67% выявлялась неустойчивость, у 13% данную пробу было трудно оценить (чаще всего ввиду нижнего парапареза). ПНП с интенцией выполнялась у 44% пациентов, неудовлетворительное выполнение ПКП наблюдалось у 67% пациентов, нистагм выявлялся у 63% обследуемых. Мышечный тонус рук изменялся в 50% случаев, при этом с одинаковой частотой наблюдалось повышение и снижение тонуса. Мышечный тонус нижних конечностей чаще вовлекался в

патологический процесс (в 63% случаев), при этом повышение и снижение тонуса также наблюдались в приблизительно одинаковом проценте случаев. У 20% обследованных выявлена частичная атрофия зрительного нерва.

Нарушения глубокой и поверхностной чувствительности выявлено у 57% обследуемых. Нарушения глубокой чувствительности чаще всего проявлялись в виде снижения вибрационной чувствительности.

Также в исследовании был произведен сравнительный анализ очаговой симптоматики у мужчин и женщин. Согласно полученным данным, у мужчин и женщин наблюдается сходная картина в распределении очаговых симптомов. Стоит заметить, что у женщин частота выявлений патологических рефлексов несколько выше, чаще встречается дисфункция тазовых органов и в подавляющем большинстве случаев выявляется отсутствие брюшных рефлексов (возможно, это связано с тем, что у женщин выше вероятность растяжения мышц живота в следствие различных причин). При сравнении нарушений координации в позе Ромберга существенных различий не найдено, женщины в целом чаще выполняют координаторные пробы неудовлетворительно. В нарушении тонуса мышц, а также в частоте проявления нистагма и ЧАЗН у мужчин и женщин достоверных различий не найдено.

Выводы. Результаты проведенного анализа иллюстрируют диссеминацию и многоочаговость поражения ЦНС при рассеянном склерозе. Данное исследование является пилотным, необходимо проведение более масштабных исследований на большей выборке для установления достоверности полученных результатов.

Масенко В.В., Стафинова Е.А., Гольнева А.П., Сигитова Е.В., Женжеруха Д.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДНК-ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДРАВЕ, СВЯЗАННОГО С ГЕНОМ SCN1A

Цель исследования. Провести анализ литературы, посвященной мутациям в гене SCN1A у больных с подозрением на СД и проанализировать молекулярно-генетические характеристики подтвержденных случаев.

Материалы и методы. Обзор и анализ исследования, проведенного Научным центром неврологии (г. Москва, 2020 г.). Материалом исследования послужила ДНК, выделенная из лейкоцитов периферической крови больных и членов семей. Часть больных обследована нами клинически, у большинства ДНК-диагностика проведена заочно по присланным образцам крови. Методы: ПЦР экзонов 1-26 гена SCN1A с последующим прямым секвенированием.

Результаты и обсуждение. У 43 из 153 обследованных неродственных больных (28,1%) найдено 39 разных мутаций гена SCN1A, из которых 25 (64,1%) ранее не описаны. Две ранее описанные мутации, p.Ile1683Thr и p.Ala1783Val, встретились дважды. В 3 семьях у пробандов 7 мес., 1 г. 3 мес. и 3 лет обнаружена мутация p. Thr1174Ser, ранее описанная при фенотипе семейной гемиплегической мигрени, в двух из этих семей прослеживается аутосомно-доминантное наследование; к сожалению, клинические данные о больных нами не получены. Половина найденных мутаций (20 из 39, в том числе, 13 ранее не описанных) локализованы в экзоне 26 гена SCN1A. Полученные данные о спектре и локализации мутаций согласуются с литературными: в международной базе данных HGMD зарегистрировано более 1000 мутаций гена SCN1A, преимущественно ассоциированных с фенотипом СД, частых мутаций нет, большинство мутаций локализовано в экзоне 26, в экзонах 1-25 мутации распределены относительно равномерно. Для уточнения характера ряда не описанных ранее нуклеотидных изменений (патогенная мутация? нейтральный полиморфизм?) проводилась ДНК-диагностика у родителей. В 95% случаев мутации SCN1A при СД возникают de novo, генетический риск для sibсов больных не повышен. В то же время, описаны семьи, где один из родителей страдал менее тяжелой, чем СД, эпилепсией, обусловленной соматическим мозаицизмом по мутации SCN1A. Такой вариант возможен в семье больного 5 лет с типичным СД и мутацией c.5087delA, мать которого

страдала идиопатической эпилепсией. Могли иметь место независимое сочетание двух форм эпилепсии у матери и сына либо мозаицизм по мутации у матери. Отсутствие мутации в исследованных клетках крови матери не исключало мозаицизм в других тканях, в частности в половых клетках, поэтому при будущих беременностях рекомендовали пренатальную ДНК-диагностику, обычно не требующуюся при СД. Кроме 43 больных с мутациями SCN1A в группу с подтвержденным диагнозом СД вошел еще один случай: у ребенка 3 лет с тяжелой эпилепсией выраженной задержкой психоречевого развития и аутизмом заподозрили СД, но мутацию SCN1A не обнаружили. Рассматривались другие диагнозы. С целью широкого поиска микроделеционных синдромов в центре провели хромосомный микроматричный анализ, выявивший микроделецию в области 2q, захватывающую, в частности, весь локус гена SCN1A (2q24.3). Диагностирован микроделеционный вариант СД, не обнаруживаемый при экзонном секвенировании гена. Количество верифицированных наблюдений – более 40 за 4 года – подтверждает распространенность СД. Сравнительно небольшая доля случаев с мутациями SCN1A во всей обследованной группе частично может быть обусловлена вкладом более редких генетических форм СД (гены GABARG2, SCN1B, SCN2A), но скорее связана с недостаточно строгим клиническим отбором для ДНК-диагностики. Из-за отсутствия полных данных о многих заочно обследованных больных нет возможности клинически сравнить группы с подтвержденным и неподтвержденным СД.

Выводы: СД – распространенная форма тяжелой ранней симптоматической эпилепсии. ДНК-диагностика – единственный метод верификации диагноза, важного как для клинического прогноза и лечения, так и для генетического консультирования в семьях. Разработка четких клинических критериев отбора для ДНК-диагностики СД повысит ее результативность, также важна обратная связь между клиницистами и лабораторией в процессе обследования больных. В диагностике СД и генетическом консультировании семей следует учитывать редкие генетические ситуации.

Масюта Д.И., Налетов А.В., Зувева Г.В., Чалая Л.Ф.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ

Фактором риска развития COVID-19 инфекции является нарушение иммунного статуса человека – состояние иммунодефицита. Врожденный иммунитет у человека с возрастом ослабевает, поэтому люди после 65 лет относятся к группе высокого риска, что и приводит к печальным исходам. Одним из факторов, влияющим на иммунную систему человека и повышающим противовирусную защиту человека, является витамин D. Данный микронутриент корректирует врожденный иммунный ответ (синтез интерферонов), подавляет синтез вирусных белков в зараженных вирусами клетках, активирует специфические противовирусные микроРНК, которые проявляют противовирусные и онкопротективные свойства. Витамин D влияет и на приобретенный иммунитет, модулируя цитокиновый ответ и количество Т-хелперов. Под влиянием витамина D увеличивается клиренс бактерий, путем усиления эпителиальных барьеров к инфекции и повышения функции антиген-презентирующих клеток. (Linder J.A., 2016). В современных исследованиях доказана роль витамина D в профилактике острых инфекций дыхательных путей. Так, мета-анализ 2017 г. показал, что коррекция уровня витамина D снижает риск острых респираторных инфекций с 60% до 32% (Martineau A.D., 2017). В другом мета-анализе показано, что низкий уровень витамина D повышает риск пневмонии на 64% (Zhou Y.F., 2020).

Анализ причинно-следственных связей глобальных данных подтверждает, что статус витамина D играет ключевую роль в результатах COVID-19 с очень высоким уровнем достоверности. Исследователи обнаружили сильную корреляционную связь между тяжелым дефицитом витамина D и показателями смертности. Отмечено, что пациенты из стран с высоким уровнем смертности при COVID-19 (Италия, Испания и Великобритания) имели более низкие уровни витамина D по сравнению с пациентами в странах, где не отмечался его дефицит. Обнаружена сильная корреляционная связь между уровнем

витамина D и цитокиновым штормом – гиперэргическим состоянием, вызванным гиперактивной иммунной системой (APA citation: Vitamin D appears play role in COVID-19 mortality rates, 2020).

Витамин D влияет на врожденный иммунитет, в то же время частично подавляя адаптивный иммунитет и некоторые его осложнения, такие как индукция цитокинового шторма, который может спровоцировать дальнейшие осложнения, такие как острый респираторный дистресс-синдром, обострение последствий пневмонии, острая почечная недостаточность, острая сердечная недостаточность, рабдомиолиз, что в некоторых случаях может стать смертельным (Sandro La Vignera et al., 2020).

Среди больных с тяжелым течением COVID-19 инфекции 55% пациентов имели уровень витамина D ниже 20 нг/мл, у 41% пациентов уровень витамина D составил 20-30 нг/мл и только у 4% пациентов уровень витамина D был выше 30 нг/мл. В то же время среди больных с легким течением COVID-19 инфекции 98% пациентов имели уровень витамина D выше 30 нг/мл и только 2% пациентов – ниже 30 нг/мл (COVID-19 Severity by vitamin D level, GrassrootsHealth, 2020, Chart Date 4/21/2020).

Саплементация витамина D снижает воспалительную реакцию в эпителии дыхательных путей при вирусных инфекциях, не подвергая опасности вирусный клиренс. Это говорит о том, что адекватные уровни витамина D будут способствовать снижению воспаления и тяжести заболевания у инфицированных лиц.

Директор центра по контролю и профилактике заболеваний США доктор Т.Фриден отметил: «В то время как мы стремимся эффективные методы лечения и вакцину против COVID-19, люди стремятся снизить свой риск заболеть. Одна вещь, которая может помочь, так же очевидна, как солнце в небе, и так же близка, как Ваша аптечка, – витамин D».

Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Шабан Н.И., Курышева О.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ НА ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»

Новые подходы к организации обучения студентов медицинских ВУЗов формируются путем быстрого развития медицины и образования. Во время усвоения новых знаний важна этапность, а именно: теоретическое усвоение материала и практическая отработка одержанной информации, учитывая современные возможности науки и техники. Весомым является развитие способности к проблемному мышлению, к эффективной деятельности в ситуациях неопределенности. Фундаментальная подготовка по специальности «педиатрия» остается необходимым аспектом обучения и подчиняется процессу выработки конкретной компетенции у студентов медицинских ВУЗов.

«Педиатрия» является многогранной и достаточно объемной в изучении дисциплиной. Большой объем информации, отработка практических навыков на занятии требует комплексного подхода к обучению студентов медицинских ВУЗов. Практическая работа в симуляционных залах с помощью современного оборудования способствует лучшему усвоению материала и знакомит с возможностями педиатрической помощи на разных этапах лечения. Применение мультимедийных средств в сочетании с другими методиками обучения (табличный фонд, муляжи, манекены), способствует быстрому усвоению теоретического материала в условиях аудитории. Среди активных форм обучения на клинических кафедрах по специальности «педи-

атрия» отдается предпочтение подготовке и защите учебной истории болезни с применением методов моделирования клинических ситуаций. Это способствует формированию и развитию клинического мышления, и совершенствованию профессиональных навыков. В свою очередь, студентам следует изучать не только содержание своей специальности, но и быть многогранным в изучении других дисциплин, что в дальнейшем будет им способствовать в дифференциальной диагностике при постановке окончательного диагноза. Также, они должны обладать необходимой информацией и умением решать разнообразные практические задачи, уметь общаться с родителями своих пациентов и с детьми, убеждать и понимать их. Работая в студенческих научных кружках, студенты учатся самостоятельно подбирать и работать с научной литературой, планировать и проводить эксперимент, анализировать его результаты. Научная работа студентов медицинских ВУЗов предполагает способность формировать новые знания, совершенствовать мышление, делать научные обобщения, расширять и углублять знания.

Таким образом, сочетание комплексного подхода в обучении студентов в ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» способствует лучшему усвоению материала и формированию профессиональной компетенции по специальности «педиатрия».

Махновский А.И.^{1,5}, Эргашев О.Н.², Барсукова И.М.^{1,2}, Касимов Р.Р.³, Исаев М.В.⁵

¹НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

⁴442-й Военный клинический госпиталь Минобороны России, Санкт-Петербург

⁵Гатчинская клиническая межрайонная больница, Ленинградская область, г. Гатчина

АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ЭВАКУАЦИОННОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ТРАВМОЦЕНТРАХ II И III УРОВНЯ

Минимальный уровень госпитальной летальности при политравмах достигнут только в травмоцентрах I уровня. Данный факт объясняется отсутствием в травмоцентрах II и III уровня

условий для комплексного лечения пациентов с политравмой и ее осложнениями. В то же время, для травмоцентров II и III уровня до настоящего времени не разработан алгоритм для обоснова-

ния хирургической и эвакуационной тактики у пациентов с политравмой.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с политравмой.

В ходе первого этапа исследования изучено течение травматической болезни у 207 пациентов с политравмой в травмоцентрах II и III уровня. Установлено, что наиболее информативными критериями благоприятного прогноза течения острого периода травматической болезни являются: тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П менее 15 баллов и тяжесть состояния при поступлении по шкале RTS более 4,1 баллов. При этом критериями неблагоприятного прогноза являются: тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П 19 баллов и более и тяжесть состояния при поступлении по шкале RTS 2,0 балла и менее.

На основе результатов первого этапа исследования был разработан алгоритм для обоснования хирургической и эвакуационной тактики у пациентов с политравмой в травмоцентрах II и III уровня. Так, пациентов с благоприятным и сомнительным прогнозом течения острого периода травматической болезни целесообразно переводить в травмоцентры I уровня сразу же по достижении транспортабельности. Хирургическая тактика у таких пациентов в травмоцентрах II и III уровня (в соответствии с тактикой многоэтапного хирургического лечения «damage control») заключается в устранении асфиксии; окончательной или временной остановке наруж-

ного кровотечения; устранении пневмоторакса, гемоторакса, тампонады сердца; окончательной или временной остановке продолжающегося внутриплеврального, внутрибрюшного, внутритазового кровотечения; внешней фиксации нестабильных переломов таза и длинных трубчатых костей; устранении сдавления головного мозга при угрозе развития вклинения. Отсроченные хирургические операции данной группе пациентов целесообразно выполнять в травмоцентрах I уровня. Основными критериями нетранспортабельности пациентов с политравмой являются: нестабильная гемодинамика на фоне введения высоких доз вазопрессорных и (или) инотропных лекарственных препаратов ($VI\ S > 15$ мкг/кг/мин) и жесткие параметры ИВЛ ($PaO_2/FiO_2 < 100$; $PEEP \geq 15$ см. вод. ст.).

В ходе второго этапа исследования разработанный алгоритм был применен

при обосновании хирургической и эвакуационной тактики у 82 пациентов с политравмой в травмоцентре II уровня; контрольную группу составили 78 пациентов, у которых данный алгоритм не применялся.

Результат: внедрение разработанного алгоритма в практику работы травмоцентра II уровня способствовало достоверному снижению летальности среди пациентов с политравмой: в основной группе летальность составила 9,8%, в контрольной группе – 21,8% ($p < 0,05$).

Махновский А.И.^{1,5}, Эргашев О.Н.^{2,3}, Барсукова И.М.^{1,2}, Касимов Р.Р.⁴

¹НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

⁴442-й Военный клинический госпиталь Минобороны России, Санкт-Петербург

⁵Гатчинская клиническая межрайонная больница, Ленинградская область, г. Гатчина

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ДОКТРИНА И ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Понятия о видах медицинской помощи в Российской Федерации регламентированы федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». При этом номенклатура медицинских услуг и порядки оказания медицинской помощи утверждаются Минздравом России – уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В то же время, в военно-медицинской доктрине используются иные понятия о видах медицинской помощи – в соответствии с Решением XXXVI пленума Ученого

совета ГВМУ МО РФ от 1996 г.

Цель исследования: дать определение видам медицинской помощи

в военно-медицинской доктрине в соответствии с основными понятиями, используемыми в федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Материалы и методы: виды медицинской помощи в военно-медицинской доктрине рассматривались на предмет соответствия видам работ и услуг, составляющих медицинскую деятель-

ность, номенклатуре медицинских услуг, порядкам и стандартам оказания медицинской помощи, профессиональным стандартам.

Результаты исследования.

Первая помощь в военно-медицинской доктрине соответствует вводимому в федеральное законодательство понятию «расширенная первая помощь».

Доврачебная помощь в военно-медицинской доктрине соответствует понятию «скорая медицинская помощь» – применительно к составу и оснащению фельдшерской бригады.

Первая врачебная помощь в военно-медицинской доктрине соответствует понятию «скорая медицинская помощь» – применительно к составу и оснащению общепрофильной врачебной бригады.

Квалифицированная медицинская помощь в военно-медицинской доктрине соответствует понятию «скорая специализированная меди-

цинская помощь» и может рассматриваться как первый этап многоэтапного хирургического лечения «damage control surgery».

Специализированная медицинская помощь в военно-медицинской доктрине соответствует понятию «специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь».

Медицинская реабилитация в военно-медицинской доктрине соответствует понятиям «медицинская реабилитация при оказании специализированной медицинской помощи», «медицинская реабилитация при санаторно-курортном лечении», «медицинская реабилитация при оказании первичной медико-санитарной помощи».

Вывод: результаты исследования целесообразно использовать при разработке требований к квалификации медицинских работников военно-медицинских организаций и подразделений.

Махновский А.И.^{1,6}, Алексеева А.И.^{5,6}, Долгов И.М.², Барсукова И.М.^{1,3}, Эргашев О.Н.^{3,4}

¹НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

⁴442-й Военный клинический госпиталь Минобороны России, Санкт-Петербург

⁵Детская городская поликлиника № 49, Санкт-Петербург

⁶Гатчинская клиническая межрайонная больница, Ленинградская область, г. Гатчина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕПЛОВИДЕНИЯ ДЛЯ СКРИНИНГОВОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАРАНАЗАЛЬНОГО СИНОСИТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Параназальный синусит (синусит) – наиболее частое осложнение острых инфекций верхних дыхательных путей. Продолжает оставаться актуальной проблема скринингового выявления синуситов у пациентов в периоды сезонного и эпидемического подъема респираторной заболеваемости. По данным единичных публикаций отечественных и зарубежных авторов для этих целей может быть использован метод тепловидения (термографии). Следует отметить, что в Российской Федерации тепловидение включено

в номенклатуру медицинских услуг и относится к работам и услугам по функциональной диагностике, при этом первичный анализ результатов функциональных исследований может проводиться лечащим врачом.

Цель исследования – обосновать целесообразность использования тепловидения для скринингового выявления синуситов у пациентов с острыми инфекциями верхних дыхательных путей.

Материалы и методы. У 271 пациента с легкими формами острых инфекций верхних дыхательных путей проводилась скрининговая тепловизионная диагностика заболеваний носа и околоносовых пазух. Критерии включения: модель пациента – взрослые; температура тела при первичном осмотре – менее 38,5 0С, длительность заболевания – менее 6 суток; наличие неспецифических клинических симптомов синусита: головная боль и (или) нарушение носового дыхания. Для скрининговой тепловизионной диагностики использовался сертифицированный аппаратно-программный комплекс: цифровой тепловизор ТВС 300-мед с облачным программным обеспечением. Основными тепловизионными критериями для скринингового выявления синуситов являлись асимметрия термографической картины относительно сагиттальной оси и (или) отклонение от нормы градиента температур в сравнении с реперными точками. Для верификации синусита всем пациентам вы-

полнялась рентгенография околоносовых пазух в стандартной проекции.

Результаты исследования. При скрининговом выявлении синусита у пациентов с острыми инфекциями верхних дыхательных путей чувствительность метода тепловидения составила 96%, специфичность – 81%, точность – 93% (при уровне значимости полученных результатов $p < 0,01$).

Мацынин А. Н., Чурилов А. В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛЯТАЦИЯ, КАК МАРКЕР ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ЙОДНЫМ ДЕФИЦИТОМ

Поведен анализ функции эндотелия путем определения показателей эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) у беременных двух групп. I группа – 42 беременные с йодным дефицитом (ЙД), выявленном в I триместре гестации. II группа – 59 беременных без ЙД.

В I триместре гестации нормальная функция эндотелия, проявившаяся вазодилатацией (ВД) в пробе реактивной гиперемии (РГ), у беременных с ЙД выявлялась реже ($p < 0,05$) в сравнении с беременными II группы, составив 38/90,5±4,5% и 58/98,3±1,7%, соответственно. При этом отмечалось и значимое отличие интенсивности и длительности ВД, $p < 0,05$. Так, интенсивность ВД составила 20,5±0,7% и 26,1±0,6%, а ее длительность – 127,5±1,8 сек и 138,1±1,4 сек, соответственно у беременных I и II групп. Вазоконстрикция (ВК), как показатель нарушения функции эндотелия (ЭД), в I триместре гестации не встречалась у беременных II группы, но была отмечена у 2/4,8±3,3% беременных с ЙД. Ко II триместру гестации частота выявления ВД уменьшилась ($p > 0,05$) до 35/83,3±5,8%, что также было меньше ($p < 0,05$) в сравнении с беременными II группы, где она отмечалась у 57/98,3±1,7% беременных. В отличие от I триместра, во II триместре гестации частота регистрации интенсивности ВД между группами, не имела разницы ($p > 0,05$) и составила 18,2±3,9% и 25,8±4,1% случаев, соответственно. А длительность ВД между группами, имея различия ($p < 0,05$), составила 105,9±10,8 сек и 151,1±17,0 сек, соответственно у беременных I и II групп.

Во II триместре у беременных II группы не

Таким образом, тепловидение является чувствительным и специфичным методом скринингового выявления параназального синусита. Скрининговую тепловизионную диагностику заболеваний носа и придаточных пазух целесообразно использовать для определения показаний к выполнению рентгенографии околоносовых пазух у пациентов с легкими формами острых инфекций верхних дыхательных путей.

отмечалось ВК. У беременных же I группы ВК отмечена в 5/11,9±5,0% случаях. Отсутствие реакции сосудистой стенки, трактуемое нами как ЭД, регистрировалось в 2/4,8±3,3% и 1/1,7±1,7% случае, соответственно у беременных I и II группы, $p > 0,05$. К III триместру гестации частота нормальной функции эндотелия у беременных I группы снизилась, как в сравнении с I триместром ($p < 0,05$), так и в сравнении со II триместром ($p > 0,05$), и составила 29/69,0±7,1%. У беременных II группы частота ВД составила 57/96,6±2,4%. Различия между группами носили значимый уровень $p < 0,05$. При этом, не отмечалось ($p > 0,05$) различий интенсивности и длительности ВД между I и II группами. Так же, как в I и II триместрах гестации, у беременных I группы в III триместре гестации не регистрировалась ВК, которая отмечалась у 11/26,2±6,8% беременных I группы.

Таким образом, анализ ЭЗВД в пробе РГ позволяет утверждать, что ЙД, имеющийся у беременных в I триместре гестации, приводит к развитию дисфункции эндотелия в 4/9,5±4,5% случаях. В дальнейшем дисфункция эндотелия не только сохранялась, но и нарастала до 7/16,7±5,8% во II триместре гестации и 13/31,0±7,1% случаев в III триместре, независимо от последующей йодной дотации. Следует продолжить изучение взаимосвязи йодного дефицита с гуморальным гомеостазом у беременных с целью установления особенностей патогенеза гестационных и перинатальных осложнений при йодном дефиците и поиска пути их профилактики.

Мельник Ал.В., Мельник К.В., Лыгина Ю.А., Беседин И.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк), кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) остается одной из основных проблем мирового здравоохранения. Им поражено более 37,5 млн населения планеты. Значительная доля случаев заболевания приходится на Африканский регион, однако, заболеваемость в странах Восточной Европы в последние 10 лет неуклонно растет. Вызываемый этим вирусом иммунодефицит приводит к повышенной восприимчивости больных к широкому спектру оппортунистических инфекций, раковых заболеваний и других патологий. Наиболее эпидемиологически значимыми являются люди с повышенным риском заражения ВИЧ, независимо от типа эпидемии или местных условий. К ним относятся работники коммерческого секса (РКС) и их половые партнеры; мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ); потребители инъекционных наркотиков (ПИН) и их половые партнеры; заключенные под стражу; работники отдельных профессий: моряки, водители-дальнобойщики, вахтовики, медицинские работники и др.

Целью нашего исследования было определение характерных особенностей эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в крупном индустриальном городе на примере г. Донецка.

Материалы и методы. Ретроспективный эпидемиологический анализ официальной регистрации заболеваемости ВИЧ в период 2018-2019 гг. и 9 месяцев 2020 г. был проведен по материалам Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЦСЭН ГСЭС МЗ ДНР).

Результаты и обсуждение. За исследуемый период заболеваемость ВИЧ-инфекцией в г. Донецке в среднем составляла $79,3 \pm 2,8$ на 100 тыс. населения. Частота синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) за исследуемый период составила $39,3 \pm 2,8$ на 100 тыс. населения. Общий уровень смертности людей, живущих с ВИЧ, включая СПИД, значительно вырос за по-

следние 9 лет и составил $33,6 \pm 2,8$ на 100 тыс. населения.

Основным путем передачи остается половой, его удельный вес в общей структуре путей заражения находится на уровне $56,1 \pm 9,1\%$. Парентеральный путь заражения при употреблении инъекционных наркотиков остается вторым по важности и составил $23,3 \pm 9,1\%$. Кроме того, путь передачи ВИЧ от матери к ребенку занял третье место – $18,3 \pm 9,1\%$. Удельный вес вертикального пути передачи ВИЧ не показывает настоящий уровень передачи ВИЧ от матери к ребёнку, т.к. регистрация вертикального пути происходит во время рождения ребёнка и не учитывает уровня инфицированности детей по завершении 18-месячного серомониторинга. Следует отметить, что за последние 2 года в лечебно-профилактических учреждениях снизилось количество аварийных контактов с кровью у медработников при выполнении профессиональных обязанностей.

Уровень выявления ВИЧ в ходе обследования подлежащих контингентов составил $1,7 \pm 0,9\%$. Доля расследованных случаев ВИЧ снизилась на $7,2\%$, что является следствием низкого охвата консультированием лиц, прошедших тестирование на ВИЧ, в кабинетах доверия после тестирования, а также отсутствием возможностей для проведения патронажной работы в настоящее время.

Вывод. Таким образом, заболеваемость ВИЧ-инфекцией в крупном промышленном городе Донецкой Народной Республики остается серьезной проблемой инфекционной патологии. В настоящее время существует тенденция к снижению доли передачи ВИЧ половым путем среди населения и увеличению значения парентерального пути при употреблении наркотиков. В целях улучшения эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и СПИДом необходимо увеличить охват консультированием после тестирования лиц, прошедших тестирование на ВИЧ.

Мельник В.А., Беседина Е.И., Демкович О.О., Лыгина Ю.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ НА ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

С целью оптимизации проведения циклов повышения квалификации, профессиональной переподготовки и тематического усовершенствования для специалистов эпидемиологов и дезинфектологов сотрудниками кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии было разработана рабочая программа недельного цикла (36 часов) «Covid-19: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, меры общественной, индивидуальной профилактики и психологической защиты», предусматривающий формирование у обучающихся новых компетенций в ходе лекций, семинарских и практических занятий.

Рабочая программа включает в себя лекционный блок:

1) Эпидемиология и эпидемиологический надзор за новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

2) Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий по борьбе с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

3) Клинические особенности, дифференциальный диагноз и лабораторная диагностика новой коронавирусной инфекции COVID-19.

4) Лечение, профилактика коронавирусной инфекции, маршрутизация пациентов и особенности эвакуационных мероприятий больных или лиц с подозрением на COVID-19.

Помимо лекционного курса слушателям предлагается освоить материал на 5 практических и семинарских занятий:

1) Эпидемиология и эпидемиологический надзор за новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

2) Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий по борьбе с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

3) Клинические особенности, дифференциальный диагноз и лабораторная диагностика но-

вой коронавирусной инфекции COVID-19.

4) Лечение, профилактика коронавирусной инфекции, маршрутизация пациентов и особенности эвакуационных мероприятий больных или лиц с подозрением на COVID-19.

5) Психологические особенности коронавирусного стресса. Повышение психологической устойчивости в ситуации коронавирусного стресса.

Для обучения слушателей на соответствующих темах привлекаются сотрудники профильных кафедр – инфекционных болезней и психиатрии.

Учитывая, что в настоящее время занятия с курсантами в Государственной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» проводятся интерактивно, материалы курса были размещены в Информационно-образовательной среде (ИОС). Доступ к материалам курса слушатели получают сразу после их регистрации на кафедре.

Преподавателями кафедры осуществляется ежедневный контроль за образовательным процессом слушателей в рамках ИОС – успешностью освоения ими учебного материала, результатами промежуточного и итогового контроля. После успешной апробации нового курса, он был введен как факультативный дистанционный для слушателей всех остальных специальностей, которые проходят последипломное обучение.

На сегодняшний день нашей насущной задачей является подготовка слушателей эпидемиологов и дезинфектологов к тем вызовам, с которыми они могут столкнуться в реальности в рамках борьбы с пандемией COVID-19. Они должны будут справиться с различными проблемными ситуациями, находя обоснованное оптимальное решение этих проблем.

Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Антонова А.А., Андреев Р.Н., Толстюк В.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи – в первую очередь В и С – широко распространены во всем мире. Около 30% населения Земли инфицированы либо перенесли вирусный гепатит В (ВГВ) в прошлом, а частота заболевания вирусным гепатитом С (ВГС) в мире составляет 3%. В настоящее время наиболее распространенный путь передачи ВГВ – половой (в частности у непривитых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и гетеросексуальных лиц, имеющих несколько половых партнеров или половые контакты с работниками секс-индустрии), а ВГС – употребление инъекционных наркотиков (при повторном использовании игл и шприцев). Наиболее эффективной мерой профилактики, предотвращающей заболевание ВГВ, является вакцинация. Вакцина против ВГС в настоящее время не разработана.

Цель исследования. Определить особенности эпидемического процесса парентеральных вирусных гепатитов (острых и хронических) в Донецкой Народной Республике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами (В и С) по материалам Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЦСЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ эпидемического процесса парентеральных вирусных гепатитов (ПВГ) выявил некоторую тенденцию к росту их заболеваемости в течение всего времени наблюдения. Показатель заболеваемости за исследуемый период составил в среднем $18,6 \pm 1,79$ случаев на 100 тыс. населения.

Установлено, что рост количества случаев ПВГ происходил, в основном, за счет ВГС, как острого, так и хронического. При этом, в структуре заболевших удельный вес острого ВГС (ОВГС) составлял в среднем $11,6 \pm 2,86\%$, а ХВГС – $52,2 \pm 2,86\%$, повышаясь в течение всего изучаемого периода с 40,6 до 67,6%. Доля острого вирусного гепатита В (ОВГВ) среди заболевших ПВГ в то же самое время неуклонно снижалась с 39,1 до 8,3%, и составляла в среднем $23,3 \pm 1,98\%$, показатель заболеваемости находился в пределах $3,7 \pm 0,92$ на 100 тыс. населения. Заболеваемость ХВГВ при этом составила $2,2 \pm 0,84$ на 100 тыс. населения и не проявляла тенденций к росту или снижению.

В структуре путей заражения ПВГ в течение исследуемого периода основную роль играл естественный парентеральный (в том числе, случайные половые связи), который реализовался, главным образом, за счет ВГВ. Следует отметить, что доля искусственного пути заражения (в том числе, связанного с оказанием косметических и бытовых услуг – маникюр, педикюр и др.) возросла в течение периода наблюдения в 2,8 раза.

Вакцинопрофилактика ВГВ в течение периода наблюдения проводилась не в полном объеме. В родильных отделениях иммунизировано только $25,6 \pm 6,23\%$ новорожденных, что связано с перебоями в поставках вакцины.

Вывод. Таким образом, основной проблемой эпидемического надзора за ПВГ остается некачественная диагностика заболеваний, что подтверждается ростом и превалированием хронических форм, которые выявляются уже при наличии у больного серьезных осложнений. Помимо этого, вызывает настороженность низкий охват вакцинацией против ВГВ подлежащих контингентов, связанный как с перебоями в поставках вакцины, так и с большим числом отказов родителей от прививок.

Мельник В.А., Мельник А.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ДО И ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ

На сегодняшний день насущной задачей додипломного образования является подготовка выпускника-студента на таком уровне, при котором он мог бы успешно справляться с различными проблемными ситуациями, находя обоснованное оптимальное решение этих проблем. Существующие ныне подходы к преподаванию дисциплины «Клиническая лабораторная диагностика» (КЛД) на додипломном этапе пока не позволяют полностью разрешить ряд жизненных ситуаций, когда студенты-выпускники испытывают значительные трудности в своей практической деятельности. С другой стороны, подготовка специалистов в области КЛД инфекционных болезней для современного практического здравоохранения требует непрерывного совершенствования профессиональных знаний и навыков на протяжении всей деятельности врача. Важную роль в процессе непрерывного образования по праву отводится реализации образовательных программ высшего профессионального образования: программ ординатуры, дополнительных профессиональных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

Новый государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования Донецкой Народной Республики ориентирован на результаты освоения основных образовательных программ, которые даны в форме компетенций и характеризуют не только профессиональные, но и общекультурные качества специалистов-медиков, в том числе и врачей-лаборантов.

На качество обучения врачей-лаборантов клинических на последипломном этапе существенно влияет т.н. «внутренняя зацикленность» системы их подготовки. Врачи-интерны и ординаторы получают минимальный набор теоретических знаний и практических навыков, которые не позволяют им сразу включиться в работу в конкретной лаборатории, техническое оснаще-

ние которой в ЛПУ может отличаться от т.н. «усредненной». Особенно актуальной проблемой подготовки кадров для лабораторной службы в плане диагностики инфекционных болезней в Донецкой Народной Республике остается необходимость проводить ограниченное 5-ю месяцами обучение специалистов с немедицинским образованием по специальности «КЛД» на цикле профессиональной переподготовки (ПП). В отличие от выпускников медицинских ВУЗов, эти специалисты, работающие на должности врача-лаборанта, не имеют необходимого базового уровня знаний, владений и умений, которые получают студенты-медики во время своего 6-ти летнего обучения на додипломном уровне. Для специалистов с немедицинским образованием, дополнительно имеющих среднее медицинское образование, допустимо 5-ти месячное обучение на цикле ПП по специальности «КЛД».

Учитывая опыт преподавания дисциплины «КЛД» на кафедре, мы считаем необходимым, чтобы формирование знаний, умений и владений по ней осуществлялось в рамках каждого учебного предмета на соответствующих циклах у студентов лечебного и педиатрического факультетов и их следует считать «надпредметными». Необходимо последовательно проводить на протяжении 4-го, 5-го и 6-го курсов обучения студентов совершенствование знаний, умений, владений по отдельным темам цикла КЛД. Обучение должно быть непрерывным и четко привязанным к изменениям компетенций соответствующих клинических дисциплин, в первую очередь это касается терапии, хирургии, педиатрии и инфекционных болезней. Главным в преподавании дисциплины «КЛД» следует считать организацию и проведение всех необходимых мероприятий на преаналитическом этапе, предусмотрев при этом совершенствование программы обучения студентов в этом наиболее важном разделе их подготовки.

Мельниченко В.В., Голоденко О.Н., Альмешкина А.А., Коваленко С.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПСИХОТИЧЕСКАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Введение: в новом веке наконец настало время разбавить традиционную психиатрическую практику имманентными личностно-ориентированными подходами терапии для улучшения показателей качества жизни и социального функционирования пациентов. Преследую данную конечную цель, возникает потребность разграничить в клинической картине больного собственно характеристики, относящиеся к симптоматике психического расстройства, и феномены, возникающие в следствие нарушения личностной интеграции.

Цель: определить клинические особенности у больных с психотической дезорганизацией личности.

Результаты: В РКПБ г. Донецка исследовались клиничко-психопатологические особенности 44 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, с установленными диагнозами: «параноидная шизофрения» (68,0%), «острые транзиторные психотические расстройства» (32,0%). С помощью структурного интервью по О. Кернбергу у всей выборки пациентов определялась психотическая дезорганизация личности. Для диагностики выраженности психопатологической симптоматики использовалась шкала позитивных и негативных симптомов PANSS. У 10 пациентов с параноидной шизофренией были выявлены галлюцинаторно-параноидные нарушения с преобладанием вербальных галлюцинаций и несистематизированных бредовых идей персекуторного характера. В классе пациентов с острыми транзиторными психотическими расстройствами отмечалась невыраженная дезорганизация процессов мышления, дефицит экспрессии эмоций, нарушения ролевого поведения, странности в поведении и облике, пренебрежение социальными нормами. У 12 пациентов выявлены рудиментарные позитивные психические расстройства. Была зарегистрирована высокая средняя оценка выраженности продуктивных симптомов ($4,3 \pm 0,36$ балла, $p \leq 0,05$). При этом более выраженными являлись бредовые идеи ($5,1 \pm 0,28$ балла, $p \leq 0,05$), галлюцинации

($5,2 \pm 0,9$ балла, $p \leq 0,05$), дезорганизация мышления ($5,0 \pm 0,85$ балла, $p \leq 0,05$), подозрительность ($4,50 \pm 0,02$ балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка тяжести позитивных симптомов у пациентов в этой группе находилась в пункте «возбуждение» ($3,6 \pm 0,12$ балла, $p \leq 0,05$). Средняя оценка выраженности негативных симптомов соответствовала умеренной степени тяжести ($3,6 \pm 0,27$ балла, $p \leq 0,05$). Среди дефицитарных расстройств у данных пациентов наиболее глубокими были: пассивно-апатическая социальная отстраненность ($4,4 \pm 0,52$ балла, $p \leq 0,05$), недостаточный раппорт ($3,6 \pm 0,61$ балла, $p \leq 0,05$), эмоциональная отстраненность ($3,5 \pm 0,26$ балла, $p \leq 0,05$). Наиболее значимыми общими психопатологическими симптомами являлись такие клинические признаки, как активный социальный уход ($4,8 \pm 0,13$ балла, $p \leq 0,05$), волевые нарушения ($4,8 \pm 0,25$ балла, $p \leq 0,05$), отсутствие сотрудничества ($4,8 \pm 0,23$ балла, $p \leq 0,05$).

Выводы: пациенты с психотической дезорганизацией личности характеризуются ослаблением эмоциональных реакций, снижением интереса к окружающим, падением общей активности, сужением потребности в общении, погружением в мир собственных переживаний. Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствует умеренной степени. Наиболее тяжелыми являются бредовые идеи, галлюцинации, дезорганизация мышления, подозрительность. Оценка выраженности негативных симптомов свидетельствует об умеренном уровне тяжести за счет превалирующей роли пассивно-апатической социальной отстраненности, недостаточности раппорта, эмоциональной отстраненности. Оценка тяжести общих психопатологических симптомов соответствует в целом легкому уровню тяжести. Таким образом, результаты проведенного стандартизированного клиничко-психопатологического исследования позволили установить зависимость между психотической дезорганизацией личности и определенными клиническими особенностями психических расстройств.

Мехова Г.А., Мехова Л.С., Степанова М.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ)

Буккальный эпителий (БЭ) является пограничной зоной между внешней и внутренней средой организма, активно реагирует на экзогенные и эндогенные воздействия нарушениями процессов дифференцировки и образованием aberrантных клеток. Клетки БЭ обладают эффекторным потенциалом в реакциях воспаления и иммунитета, реализуя его в ответ на стимулирующие воздействия микроорганизмов, аллергенов и цитокинов и являются индикатором местных и общих нарушений гомеостаза.

Цель. Изучить особенности цитогенетических нарушений в буккальном эпителии у больных хроническими дерматозами на примере больных акне.

Материалы и методы. Цитогенетические нарушения в клетках БЭ оценивали с помощью микроядерного теста у 94 обследуемых в возрасте 17-25 лет: группа I – 52 больных акне (26 женщин и 26 мужчин) и группа II (здоровые лица) – 42 человека (21 женщина и 21 мужчина). Микроядерный тест проводили по общепринятой методике, руководствуясь рекомендациями В.Н. Калаева и М.С. Нечаевой (2016). Забор материала производили однократно в группе II и дважды в группе I – до и после лечения. Мазок клеток БЭ фиксировали в метаноле и окрашивали азур-эозиновым красителем по Романовскому-Гимза, после чего исследовали при масляной иммерсии под электронным микроскопом от 1000 до 2000 отдельно лежащих, неповрежденных эпителиоцитов. Материалы исследования подвергались статистической обработке с использованием программы STATISTICA 10.0 (StatSoft.Inc).

Результаты. Анализ полученных данных показал, что цитогенетические нарушения чаще регистрировались у больных акне, при этом наибольшим изменениям были подвержены эпите-

лиоциты женщин двух групп сравнения ($p < 0,05$). При сопоставлении результатов больных и здоровых обследуемых частота встречаемости aberrантных клеток в БЭ была существенно выше в группе I (у женщин – $17,12 \pm 0,97$ усл. ед. и у мужчин – $14,04 \pm 0,70$ усл. ед.), чем в группе II ($7,81 \pm 0,55$ усл. ед. и $5,71 \pm 0,51$ усл. ед. соответственно ($p < 0,001$)). Среди всех выявленных aberrаций (микроядра, протрузии типа «язык», «разбитое яйцо», насечки, кариорексис, кариопикноз, кариолизис) чаще встречались клетки с микроядрами, причем в группе I у женщин – $8,12 \pm 0,34$ усл. ед., у мужчин – $5,35 \pm 0,30$ усл. ед., в группе II – $2,57 \pm 0,31$ усл. ед. и $2,38 \pm 0,20$ усл. ед. соответственно ($p < 0,05$). Среди ранних деструкций ядра отмечены протрузии типа «язык» в группе I у женщин – $3,12 \pm 0,36$ усл. ед. и у мужчин – $2,69 \pm 0,31$ усл. ед., в группе II – $1,10 \pm 0,18$ усл. ед. и $1,38 \pm 0,31$ усл. ед. соответственно ($p < 0,05$) и протрузии типа «разбитое яйцо» в группе I у женщин – $3,12 \pm 0,36$ усл. ед., у мужчин – $2,69 \pm 0,31$ усл. ед., в группе II – $1,10 \pm 0,18$ усл. ед. и $1,38 \pm 0,31$ усл. ед. соответственно ($p < 0,05$). Двухядерные клетки, характеризующие пролиферативную активность ткани и процессы гибели клеток, чаще отмечены в группе I у женщин – $4,46 \pm 0,61$ усл. ед. и у мужчин – $3,12 \pm 0,36$ усл. ед., по сравнению с группой II – $1,48 \pm 0,28$ усл. ед. и $1,81 \pm 0,20$ усл. ед. соответственно ($p < 0,001$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о влиянии пола и дерматоза на частоту встречаемости aberrантных клеток в БЭ. Микроядерный тест является удобным неинвазивным методом для оценки функционального состояния организма, представляет интерес для прогноза течения дерматоза и оценки эффективности лечения.

Милус И.Е., Проценко О.И.

Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР,
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ

Лазерная шлифовка кожи (ЛШК) – это современный метод устранения поверхностных дефектов кожи, таких, как патологические рубцы различного генеза, татуировки, кератозы, ксантелазмы, пигментации и др. Для данной процедуры в клинической практике используют углекислотные СО₂-лазеры и эрбиевые ИАГ-лазеры (твердотельный лазер на иттриево-алюмо-гранатовом кристалле с ионами эрбия). СО₂-лазер с длиной волны 1060 нм удаляет слой кожи 20 мкм, практически на всю глубину эпидермиса, при этом зона теплового повреждения распространяется в дерму на 150 мкм и более, вызывая коагуляцию коллагена. Это приводит как к желаемому эффекту – сокращению денатурированных коллагеновых волокон, разглаживанию рельефа кожи, так и к побочным явлениям: замедленной реэпителизацией, длительной эритеме, пигментации. Эрбиевый лазер с длиной волны 2940 нм проникает на меньшую глубину (порядка 1 мкм), вызывая быструю вапоризацию тонкого слоя практически без термического повреждения окружающих тканей, поэтому его называют «холодным» лазером. Воздействие Er:YAG-лазера отличается от СО₂-лазера и некоторых других видов фракционных лазеров, воздействующих на уровне только поверхностного слоя эпителия. Er:YAG-лазер более эффективен даже при наличии относительно грубых атрофических и гипертрофических рубцов, постакне, симптомов старения кожи. Безопасность и эффективность зависят от числа микрозон и их глубины. Преимуществами Er:YAG-лазера являются высокая степень безопасности и удобства при проведении процедур; отсутствие боли или незначительное ощущение жжения в ее процессе и короткое время после нее; срок полного восстановления кожи – от 3-5 дней до 1-2 недель (в среднем – 8 дней), что значительно меньше, по сравнению с регенерацией после углекислотного СО₂-лазера; отсутствие необходимости в специальной подготовке пациента; в некоторых случаях предварительно рекомендованы увлажнение кожи, ультразвуко-

вой пилинг, прием противовирусных препаратов (при герпетической инфекции в анамнезе); короткий реабилитационный период; низкий риск и невысокий процент осложнений и побочных эффектов; отсутствие демаркационных линий в области воздействия. Противопоказания к применению: беременность, психические расстройства, наличие воспалительных процессов и подозрение на злокачественные образования на участках кожи, предполагаемых к обработке; обострение хронического системного заболевания, аутоиммунные системные заболевания; срок до 6 месяцев после окончания лечения препаратами с содержанием ретиноидов. С 2014 г. по настоящее время в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере для лечения патологических рубцов кожи нами использована дерматологическая ИАГ-эрбиевая лазерная система MCL 30 Dermablade (Asclepiion Lazer Technologies GmbH, Германия). Основным компонентом ее является твердотельный лазер на иттриево-алюмо-гранатовом кристалле с ионами эрбия. Эрбиевый импульсный лазер с длиной волны 2,94 мкм и возможностью настройки энергии импульса от 100 до 2500 мДж, а также фокусирующим приспособлением, позволяющим изменять размеры пятна от 5 до 20 мм. Под наблюдением было 56 больных, в т.ч. 55 женщин и 1 мужчина, из них с гипертрофическими рубцами – 9 чел., келоидами – 6, атрофическими – 6, комбинированными – 15, стрии были у 4 больных, рубцы постакне – у 16. Давность рубцов – от 6 месяцев до 5 лет и более. Режим воздействия – от 3 до 5 процедур, в зависимости от давности процесса и особенностей рубцов. Результаты лечения у всех 56 больных были удовлетворительными, осложнений и побочных эффектов не отмечено. Таким образом, полученные предварительные данные позволяют сделать вывод об эффективности данного вида лазерного воздействия в комплексном лечении патологических рубцов кожи

Мирекина Е.В., Галимзянов Х.М.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КГЛ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. В последние годы на территории Астраханской области (АО) особую значимость приобрела Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) в связи с обострением эпидемиологической ситуации, развитием тяжелых форм болезни, обусловленных выраженным геморрагическим синдромом (ГС) с присоединением полостных кровотечений и неблагоприятным исходом. Это дало основание детального изучения клинико-эпидемиологических данных в современных условиях для определения наиболее информативных признаков КГЛ, что определит дальнейшую тактику ведения и исход заболевания.

Цель исследования: выявить основные клинико-эпидемиологические признаки КГЛ на территории АО

Материалы и методы: за период 2008-2019 гг. обследовано 76 больных КГЛ, находящихся на лечении в стационаре Областной инфекционной больницы г. Астрахани.

Диагноз в 100 % случаев основывался на клинико-эпидемиологических данных, результатах лабораторных исследований крови, подтвержденных методом иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы Microsoft Office Excel (Microsoft, США) и BioStat Professional 5.8.4. Определяли среднюю арифметическую (M), стандартную ошибку средней арифметической (m) – формат ($M \pm m$), процентное выражение ряда данных (%).

Результаты исследований.

Основным переносчиком вируса КГЛ является преимущественно клещ *H. Marginatum*. Факт укуса клещом отметили 32,8 % больных, тогда как контакт с клещом установлен в 49,2 % случаев. Ранним дифференциально-диагностическим признаком КГЛ являлся первичный аффект, выявленный в 44,1 % случаев. Заболевание, как

правило, начиналось остро. Температура тела была преимущественно высокой (63,1 %) и чрезмерной (27,8 %). У 73,6% больных КГЛ общие симптомы интоксикации были выражены; в 85,5 % наблюдались артралгии, особенно в крупных суставах. Постоянными признаками КГЛ являлись: снижение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, жидкий стул. В 66,5 % случаев выявлялась гепатомегалия, которая в 14,5 % сочеталась с желтушностью склер и кожных покровов. Спленомегалия встречалась у 13,2 % больных. При объективном осмотре обнаруживался склероконъюнктивит практически у всех больных КГЛ. Энантема выявлена в 35,5 % случаев на мягком и твердом небе и предшествовала появлению сыпи на коже. У 82,9 % больных на 3-4 сутки появлялась геморрагическая сыпь, у 31,1 % - розеолезно-папулезная сыпь и сочетание розеолезно-папулезной сыпи с геморрагическими высыпаниями у 16 % больных. Геморрагический синдром сопровождался появлением кровоточивости десен (55,8%), кровоподтеками в местах инъекций (42,1%), носовыми кровотечениями (26,3%), желудочно-кишечными (23,4%), маточными (14,2%) и гематурией (19,7%). У больных КГЛ выявлена выраженная тромбоцитопения (Tr) и лейкопения (Le) в 88,6 % и 78,3 % случаев соответственно. При этом, минимальное значение Tr составило $-9,2 \times 10^9/\text{л}$, а Le - $1,4 \times 10^9/\text{л}$.

Таким образом, можно выделить основные клинико-эпидемиологические признаки КГЛ

наличие присасывания или контакта с клещом; обнаружение первичного аффекта на месте укуса клеща; выраженный синдром интоксикации; чрезмерный характер лихорадки; артралгии; увеличение печени и селезенки; преимущественное наличие геморрагической сыпи, бесполостных и полостных кровотечений; выраженной тромбоцитопении и лейкопении.

Мирович Е.Д., Мирович Е.Е., Егорова М.А., Петренко С.А., Талалаенко Ю.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЫ МАТКИ

Миома матки является наиболее распространенным доброкачественным новообразованием женской репродуктивной системы. В большинстве случаев данная патология требует диспансерного наблюдения, в ряде случаев – контроля роста с использованием гормональной терапии. Вместе с тем, подслизистая локализация опухоли имеет наиболее выраженное клиническое значение, сопровождается аномальными маточными кровотечениями, приводящими к анемизации пациенток, и отрицательно сказывается на репродуктивной функции. Еще недавно основным методом лечения данной патологии было хирургическое удаление органа. В последние десятилетия разработаны и широко применяются органосохраняющие хирургические технологии, позволяющие радикально решать данную проблему, сохранять или восстанавливать репродуктивную функцию, не снижая качество жизни.

Нами проанализированы органосохраняющие подходы к хирургическому лечению подслизистой миомы матки у более чем трехсот пациенток за последние шесть лет. При этом применялись технологии внутриматочной хирургии, лапароскопический, абдоминальный и вагинальный хирургические доступы. Наиболее часто использовалась гистерорезектоскопическая миомэктомия. Данная технология эффективна при наличии узлов 0 -2 типов размерами до 3 см и позволяет радикально удалить узел с минимальным риском осложнений. Узел 0 типа размерами свыше 3 см, как правило, визуализируется в цервикальном канале, что позволяет, после его расширения, захватить и вылущить узел, с последующей гистерорезектоскопией ножки узла. Удаление узлов 1 и 2 типов размерами свыше 3 см технически возможно, но сопровождается высоким риском развития синдрома водной интоксикации за счет удлинения времени операции, что требует ее прекращения и проведения в отдаленном периоде повторного вмешательства

для удаления остатков миомы. В ряде подобных случаев нами использовалась рекомендуемая предоперационная подготовка агонистами релизинг гормонов, но полученные результаты показали недостаточную эффективность данной методики, что привело в дальнейшем к отказу от ее применения. В связи с вышеизложенным, в случае наличия узлов 1 и 2 типов размерами свыше 3 см мы применяли лапароскопический, абдоминальный или трансвагинальный доступ. Трансвагинальный доступ использовался реже всего. Его применение возможно в случае достаточно большого размера узла, чаще всего гибридного типа, расположенного низко по задней стенке матки. Производилась задняя кольпотомия, захват и выведение узла в кольпотомную рану с последующим его удалением и послойным ушиванием всех раневых поверхностей. Данная технология отличается малоинвазивностью, низким риском интра и послеоперационных осложнений, но имеет незначительную область применения. Приблизительно с одинаковой частотой применялся лапароскопический либо абдоминальный доступ. Выбор метода зависел от совокупности таких факторов, как возраст пациенток, наличие репродуктивных планов, локализации узла, анемизации больных, наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии. Лапароскопия обладает несомненным преимуществом в отношении меньшей травматичности, вероятности спайкообразования, лучшей визуализации патологических процессов. Вместе с тем, абдоминальный доступ позволяет выполнить вмешательство более быстро, с меньшей кровопотерей и более качественным наложением швов на матку, что имеет важное значение в формировании полноценного рубца.

Таким образом, в настоящее время имеется большой арсенал технологий в хирургическом лечении подслизистой миомы матки, что позволяет осуществлять индивидуальный подход в каждом конкретном клиническом случае.

Мироненко Д.М., Железная А.А., Яковлева Э.Б., Холодник Т.И.

Донецкий Республиканский Центр Охраны Материнства и Детства, кафедра «акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии» ФИПО, ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк,

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Общеизвестно, что с каждым годом частота патологических родов, несмотря на разработанные ранее профилактические мероприятия, растет. В повседневной практике врачи акушеры-гинекологи преимущественно сталкиваются с данной патологией уже во время родов, что существенно ухудшает их прогноз и снижает вероятность родоразрешений через естественные родовые пути. Понимание механизмов нарушений сократительной активности матки, разработка альтернативных критериев оценки риска аномалий родовой деятельности и путей их коррекции – вынужденная мера современного акушерства. Перспективным направлением в изучении данных вопросов является пуринергическая регуляция родовой деятельности, которой до настоящего времени не уделялось должного внимания.

Цель. Изучить факторы риска нарушений сократительной активности матки при пролонгированной беременности и разработать альтернативные пути коррекции данных нарушений.

Материалы и методы. Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства (ДРЦОМД) является крупнейшим родовспомогательным учреждением, в котором концентрируется вся тяжелая акушерская патология. Был проведен ретроспективный анализ 50 историй родов беременных с пролонгированной беременностью, родоразрешенных в 2018-2019 гг. в ДРЦОМД. Изучался соматический, гинекологический и акушерский анамнез, течение настоящей беременности, данные ультразвукового исследования с фето- и цервикометрией, показатели общего развернутого анализа крови, обследование на наличие урогенитальных инфекций; биохимический анализ крови с значениями микроэлементов и метаболитов пурина; токография матки. Кроме этого, уделялось внимание гормонам щитовидной железы, гипоталамуса, надпочечников.

Результаты. Анализируя 50 историй родов женщин с пролонгированной беременностью, выявлено, что первичная слабость родовой деятельности наблюдалась у 19 пациенток (38,0%), вторичная слабость родовой деятельности отмечалась у 8 пациенток (16,0%), слабость потуг у 7 рожениц (14,0%), дискоординация родовой деятельности у 5 рожениц (10,0%) и только у 11 рожениц (22,0%) роды были нормальными.

Анализ экстрагенитальной патологии выявил ее наличие у 80% женщин. Среди рожениц со слабостью родовой деятельности в первом периоде родов чаще всего встречалась патология щитовидной железы (у 45,0%), инфекции мочевыводящих путей (38,0%), диспластические заболевания соединительной ткани (19,0%) у пациенток с дискоординацией родовой деятельности и патологическим прелиминарным периодом – неврологическая патология (36,0%), инфекции мочевыводящих путей (28,0%) и наличие условно-патогенной флоры в влагалище (19,0%).

Пациентки, в схеме терапии которых использовалась комбинация классических схем терапии с использованием метаболических препаратов по разработанной нами методике, в 74,0% случаев родили через естественные родовые пути новорожденных с высокой оценкой по шкале Апгар (не менее 7 баллов на первой и пятой минутах).

Заключение: Наличие трех и более факторов риска аномалий родовой деятельности (указанных ранее) у категории пациенток с пролонгированной беременностью требует модернизации классической схемы преиндукции, индукции и поддержки родовой деятельности дополнением метаболических препаратов, действующих посредством пуринергической системы, повышая эффективность данной терапии и способствуя снижению количества оперативных родоразрешений.

Миронова К.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СТАДИЯ-ЗАВИСИМОЕ ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ДЕГИДРОГЕНАЗ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКИХ

Актуальность. Внутриопухолевая гипоксия индуцирует свободнорадикальное окислительное повреждение в различных тканях. При различных физиологических и патологических условиях активные формы кислорода (АФК) атакуют производство и метаболизм клеток крови, обуславливая ряд повреждений. Дисфункция клеток крови становится потенциальным патогенетическим фактором при канцерогенезе. Активация и синтез большинства антиоксидантных ферментов нуждаются в постоянном поступлении энергии АТФ, а также НАДФН и НАДН, которые в основном являются продуктами метаболизма глюкозы. Актуальным является изучение активности важнейших дегидрогеназ (ЛДГ и Г6ФДГ) различных путей окисления глюкозы – дихотомического и прямого в крови больных немелкоклеточным раком легких (НМКРЛ) на ранних и поздних стадиях развития заболевания.

Материал и методы. Исследована кровь 35 больных НМКРЛ в возрасте от 40 до 70 лет. Из них в 1-ю группу вошли 20 больных с 1 и 2 стадией заболевания, во 2-ю – 15 человек с 3 и 4 стадией. Контрольную группу составила кровь 30 практически здоровых лиц идентичного возраста. Активность ЛДГ и Г6ФДГ определялась спектрофотометрически. Описание выборок производили с помощью набора непараметрических функций.

Результаты. В плазме крови больных НМКРЛ было установлено повышение значений медианы по активности ферментов углеводного обмена на всех стадиях заболевания по сравнению с группой контроля. В 1-й группе активность ЛДГ составила $2,8 \pm 0,4$ ($2,0 \pm 0,3$, $p < 0,05$), Г6ФДГ

– $0,21 \pm 0,03$ ($0,15 \pm 0,02$, $p < 0,05$). Во 2-й группе активность ЛДГ составила $3,2 \pm 0,5$ ($2,0 \pm 0,3$, $p < 0,05$), Г6ФДГ – $0,26 \pm 0,04$ ($0,15 \pm 0,02$, $p < 0,05$). Параллельно обнаружено однонаправленное повышение медианных значений активности исследуемых ферментов в клетках крови. Так в эритроцитах у больных 1-й группы: активность ЛДГ – $8,2 \pm 1,0$ ($2,63 \pm 0,14$, $p < 0,05$), Г6ФДГ – $0,18 \pm 0,05$ ($0,10 \pm 0,02$); у больных 2-й группы: ЛДГ – $7,1 \pm 1,7$ ($2,63 \pm 0,14$, $p < 0,05$), Г6ФДГ – $0,16 \pm 0,05$ ($0,10 \pm 0,02$). В лимфоцитах крови у больных 1-й группы: ЛДГ – $0,41 \pm 0,03$ ($0,42 \pm 0,04$), Г6ФДГ – $0,28 \pm 0,05$ ($0,22 \pm 0,01$); у больных 2-й группы: ЛДГ – $0,59 \pm 0,04$ ($0,42 \pm 0,04$, $p < 0,001$), Г6ФДГ – $0,31 \pm 0,05$ ($0,22 \pm 0,01$, $p < 0,05$).

Выводы. Повышенная активность дегидрогеназ плазмы крови больных НМКРЛ более выражена для 2-й группы и отражает известный эффект О. Варбурга и активность пролиферативных процессов в опухолевой ткани. Для пациентов с НМКРЛ характерно повышение активности ЛДГ в эритроцитах на всех стадиях заболевания и, вероятно, повышенное расходование АТФ и 2,3-ДФГ – регулятора оксигенации. Отсутствие изменений в активности Г6ФДГ эритроцитов свидетельствует о неадекватном образовании НАДФН2 в условиях его повышенной потребности. В 1-й группе отсутствие отличий от нормы в активности дегидрогеназ лимфоцитов может демонстрировать срыв адаптации клеток к агрессивным условиям микроокружения. Во 2-й группе выраженные изменения активности дегидрогеназ углеводного обмена характеризуют адаптацию, с преимущественной активацией пластических реакций, репарации.

Митрохин К.В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» ЛНР

ИЗМЕНЕНИЕ СИМПАТИЧЕСКОГО И ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ТОНУСА У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

Цель нашего исследования была оценка изменения вегетативной регуляции при помощи параметров variability сердечного ритма (ВСР) на этапах общей анестезии. Дизайн ис-

следования: наблюдательное исследование серии случаев.

Материалы и методы: при учёте критериев включения и исключения из более 150 пациен-

тов, нами было отобрано 61 клинический случай. Записи коротких выборок электрокардиограмм мы производили при помощи сертифицированного, прошедшего метрологическую оценку кардиорегастратора «Юлия» фирмы «Найтек». Коррекция кардиоинтервалограмм и пересчет параметров ВСР, был проведен при помощи серии авторских запатентованных программ моего соавтора и руководителя Воробьева К.П. Статистическая обработка произведена при помощи программы «R», которая активно используется в ведущих исследовательских институтах по всему миру.

В базовом руководстве для врача-анестезиолога, основным автором которого, выступает Рональд Миллер существует гипотеза, что первый хирургический разрез и интубация трахеи в операционных условиях, имеют равные уровни стресс-реакции для пациента. Но если хирургическому разрезу уделяется максимальное внимание, в виде введения анестезии и системной медикаментозной нейровегетативной блокады, то интубации трахеи не столь большое внимание со стороны врача-анестезиолога. В нашем исследовании мы получили данные, которые косвенно отражают гипотезу базового

курса анестезиологии, на основании спектральных характеристик variability сердечного ритма. Нами было получено повышение симпатического тонуса (HF_128) Рис. 1 и относительного повышения парасимпатического влияния ВНС(LF_128) на этапе интубации трахеи (этап-F) и Рис. 2.

Рис. 1. Графики: линейный и «ящик с усами» оценки HF_128 на этапах подготовки и вводной анестезии у пациентов разного пола: F-женщины и M-мужчины.

Рис. 2. Графики: линейный и «ящик с усами» оценки LF_128 на этапах подготовки и вводной анестезии у пациентов разного пола: F-женщины и M-мужчины.

Вывод: результаты полученный в нашем исследовании, свидетельствует о том что интубация трахеи имеет высокий уровень реакции ВНС и может расцениваться как стресс-реакция не меньшей силы чем первый хирургический разрез (исходя дополнительно из гипотезы базового руководства). В связи с чем мы считаем, что практикующим врачам-анестезиологам следует больше внимание уделять интубации трахеи и пересмотреть объем премедикации и вводной анестезии.

Митрохин К.В.

Филиал «Клиника Медицины Катастроф» ГУ ЛНР «ЛРЦЭМП и МК»

ОБНОВЛЕНИЕ СИСТЕМАТИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ВЕЩЕСТВ ВЛИЯЮЩИХ НА ГАМК-ЭРГИЧЕСКУЮ ТОРМОЗНУЮ СИСТЕМУ ЦНС

Введение. В связи с тем, что мы в практической медицине так и не обнаружили доступного полного списка веществ и препаратов влияющих на ГАМК-каскад. А мы как врачи анестезиологи-реаниматологи, постоянно имеем дело с ГАМК-препаратами и их производными, то возникла необходимость оценки этих взаимодействий в практике, что и стало проблемой, которая требовала решение.

Цель исследования: создать полную и удобную классификацию, путем поиска, анализа и систематизации доступной информации по веществам и препаратам влияющим на ГАМК-каскад в ЦНС.

Материалы и методы исследования: поиск научной литературы для анализа проводился по индексированным наукометрическим базам PubMed и Google Scholar. Запрос поиска в базах произведен по ключевым словам: GABA, gamma-

aminobutyric acid, GHB, gamma-hydroxybutyric acid, sodium oxubutyrate, neuroprotection, ГАМК, гамма-аминомасляная кислота, ГОМК, гамма-оксимасляная кислота, соль оксибутирата, нейропротектор. Обнаружено 2 010 702 источника. Для построения обзора взяты данные за 1990-2018 гг., из которых сформирован пул разноплановых исследований, отобранных в объеме 45 источников.

Результаты: представлены в виде обобщенной таблицы на Рисунке 1.

Заключение: нам удалось после анализа множества литературных источников разных стран (в большей степени зарубежных статей) создать полную классификацию препаратов и веществ влияющих на ГАМК-эргические связи, полная версия работы в виде статьи будет опубликована в журнале «Анестезиология и реаниматология», издательства: «Медиа Сфера».

Михайличенко В.Ю.¹, Костямин Ю.Д.², Греков И.С.²

¹Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Среди наиболее частых сердечно-сосудистых вмешательств остается хирургическое лечение ишемической болезни сердца и ее осложнений. Но, несмотря на совершенствование методов оперативного вмешательства, развитие различных осложнений и послеоперационной летальности остается довольно высоким. Одним из таких осложнений остается ишемическая митральная недостаточность. Классическое лечение таких пациентов включает проведение коронарного шунтирования, протезирования митрального клапана и резекцию аневризмы при наличии таковой в условиях искусственного кровообращения. Однако длительность выполнения самого вмешательства в сочетании с высокой продолжительностью искусственного кровообращения значительно усугубляет послеоперационную реабилитацию больных и сопровождается высокой летальностью, что требует внедрения новых методов лечения таких больных.

Цель исследования: изучить механизм ремоделирования левого желудочка, с последующим изменением степени митральной недостаточности, в результате проведения стентирования.

Материал и методы исследования: Проанализированы результаты обследования и лечения 97 больных с ишемической митральной недостаточностью и низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Средний возраст пациентов составил 65,4±4,7 года. Количество мужчин примерно в 2,5 раза превысило количество женщин. Всем пациентам была выполнена полная реваскуляризация миокарда. Из них 39 (40,2%) пациентам выполнялось стентирование КА, 58 (59,8%) больным было выполнено коронарное шунтирование. Стентирование проводилось пациентам с ФВЛЖ менее 30% и 3-й степенью митральной регургитации. Коронарное шунтирование проводилось пациентам с ФВЛЖ более 40% и умеренной митральной регургитацией.

Пациентам в группе коронарного шунтирования делалась чреспищеводная эхокардиография ЧПЭхоКГ. Больные, которым хирургическая коррекция порока проводилась, не были включены в данное исследование.

Результаты и обсуждение: Жалобы на одышку после физической нагрузки предъявляли 83 (85,6%) больных, а также на боль в области сердца – 71 (73,2%), на приступы сердцебиения или перебои в работе сердца – 19 (19,6%), повышенную утомляемость, слабость – 54 (55,7%) человека. В результате хирургического лечения методом стентирования через 5 дней наблюдалась положительная динамика эхокардиографических показателей. Отмечено достоверное уменьшение показателей размеров и объемов ЛЖ, что приводило к достоверному увеличению ФВЛЖ на 37,6% ($p<0,05$). Отмечено достоверное снижение степени митральной недостаточности на 30,7%. Несмотря на то, что пациенты из группы стентирования имели исходно более низкие показатели на ЭхоКГ, результаты в данной группе лечения оказались лучше, чем в группе пациентов, перенесших коронарное шунтирование. Клинически отмечалось уменьшение проявления сердечной недостаточности, снижение функционального класса достигнуто у 33 (84,6%) больных после стентирования и 41 (70,7%) больного после коронарного шунтирования. Достичь желаемого эффекта удалось у – 74 (76,3%) больных.

Выводы: Применение реваскуляризации миокарда методом стентирования, как основной этап лечения, позволяет уменьшить время оперативного лечения (протезирования или пластики митрального клапана, в случае если в этом останется необходимость), увеличить ФВЛЖ, снизить выраженность митральной недостаточности.

*Михайличенко Е.С., Багрий А.Э., Щукина Е.В., Кардашевская Л.И.,
Ракитская И.В., Аршавская И.А.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ВАЛСАРТАНОМ И СПИРОНОЛАКТОНОМ МЕТОДОМ АМБУЛАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД

Введение. Несмотря на большое количество проведенных исследований, до сих пор ведется поиск «идеальной» комбинации препаратов для лечения артериальной гипертензии (АГ). Место антагонистов минералокортикоидных рецепторов, показавших высокую эффективность в лечении постинфарктных больных, больных с резистентной АГ и ХСН, в лечении неосложненной АГ до сих пор остается предметом дискуссий.

Цель: оценить особенности суточного профиля АД и эффективность гипотензивной терапии у пациентов с АГ на фоне приема валсартана и его комбинации со спиронолактоном.

Материалы и методы: обследовано 102 пациента с АГ. Пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа (n=55, 28/27 м/ж, возраст 59,7±9 лет) в качестве гипотензивной терапии получала валсартан, 2-я группа (n=47, 23/24 м/ж, возраст 61,2±8,7 лет) получала валсартан в комбинации со спиронолактоном в дозе 25 мг. Дозы валсартана подбирали путем титрования. В обеих группах предусматривали возможное добавление гидрохлортиазида (ГХТЗ) в дозе 12,5-25 мг и/или амлодипина в дозе 5-10 мг. Длительность наблюдения составила 12 месяцев. Всем пациентам в начале и в конце исследования проводилось амбулаторное мониторирование АД (АМАД) прибором «Кардиотехника 07-АД-3/12Р» («ИНКАРТ», Россия).

Результаты: На фоне лечения у всех пациентов были достигнуты целевые значения АД, при этом во 2-й группе снижение и систолического

АД, и диастолического АД было достоверно более выраженным. В каждой группе отмечалось достоверное улучшение показателей вариабельности АД, пульсового АД (ПАД), индексов времени гипертензии, утреннего подъема АД и его скорости, при этом во 2-й группе динамика показателей была более значимой. На фоне лечения в обеих группах отмечено улучшение циркадных характеристик суточного профиля АД: значительно увеличилось количество пациентов в категории «dipper». Эта закономерность была более выражена во 2-й группе. На фоне лечения, ни в 1-й, ни во 2-й группе не было выявлено статистически значимых изменений в содержании калия и креатинина крови, а также скорости клубочковой фильтрации. Также не было зарегистрировано ни одного случая гинекомастии у мужчин.

Выводы: валсартан эффективно контролирует уровни АД и положительно влияет на его суточный профиль, а также показатели АМАД. При этом добавление к терапии валсартаном спиронолактона имеет дополнительные преимущества при отсутствии значимых побочных эффектов: обеспечивается более выраженный гипотензивный эффект, снижается необходимость в приеме дополнительных препаратов, обеспечивается более выраженное влияние на вариабельность АД и показатели АД в утренние часы, также наблюдается более выраженное снижение ПАД – важной составляющей прессорного воздействия на органы-мишени и косвенного показателя артериальной жесткости.

Мишина Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФИТОНИМЫ ВО ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ОБОРОТАХ РУССКОГО ЯЗЫКА

Богатейшим источником познания любого языка есть фразеология, в которой стержневыми компонентами выступают многочисленные наименования растительного мира – фитонимы, использующиеся в обиходно-бытовой речи, что позволяет выявить когнитивную сущность и

специфичность мировоззрения нашего народа.

Актуальность исследования рассматривается в аспекте изучения языковых единиц с учетом структуры человеческого знания, которое они предоставляют, что позволяет раскрыть новые грани изучения групп и разрядов фразеологиз-

мов, объединенных наявностью в своей структуре однотипного компонента.

Фитонимы во фразеологических оборотах привлекают внимание лингвистов. Однако исследования фитонимов во фразеологических единицах не представлены в достаточной мере в русском языке, что вызывает необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Фитокомпоненты во фразеологических оборотах в первую очередь классифицируются по критерию определенной тематики. Самые часто встречающиеся ФЕ характеризуют внешность человека, его характер, отношение к труду, занятия разного рода, главной функцией которых является оценочная, возникающая в результате соотнесения внутренней формы фразеологизма с культурными установками, фоновыми занятиями, стереотипами и представляющие собой результат вербализации того или иного квалифицирующего стандарта.

Наиболее распространенными во фразеологизмах являются компоненты, которые можно объединить в следующие группы: названия растений (куст, трава, дерево), овощные культуры (лук, огурец, редька, хрен), деревья и кустарники (береза, дуб, липа, орех,), названия плодов и ягод (лимон, орех, фи́га, яблоко, ягода). Следует отметить, что фитонимы во фразеологических оборотах часто дают положительную или отрицательную характеристику предмету. Например, для фитонимов роза, ромашка, береза характерна положительная оценочная коннотация - «свежа, как роза» означает «красивая девушка». Выражение «стройная, как березка» воспринимается как высшая эмоциональная оценка внешности молодой девушки, а «скромная, как лилия» – тихой

и застенчивой. Здоровый, сильный, красивый мужчина в фразеологизмах чаще представляется фитонимическими компонентами дуб и тополь: «крепкий, как дуб», «стройный, как тополь»

Фитонимические компоненты, как правило, полисимволичны, и среди синонимичных их значений в разных языках всегда присутствует часть этноспецифических, отличительных черт, в которых фитонимы с традиционной позитивной символикой приобретают негативный оттенок.

Так, например, фразеологическая единица с компонентом дуб, кроме концепта «крепость, сила», также связывают такое понятие, как «глупость человека»: «дуб дубом», как и в обороте «дубовая голова» – тупой, бестолковый человек, тупица. Здесь отразилась отрицательная переносная семантика, связанная с твердостью дерева. Негативной коннотацией обладают «дать дуба» – умереть.

Отрицательный оттенок имеют и фитонимические компоненты ягода и яблоко «: «одного плода ягода» – похожи друг на друга, обычно по своим качествам, свойствам, положению; как и «яблоко от яблони недалеко падает», чаще используемые в негативном, иногда ироничном контексте.

Достаточно часто в разговорной речи можно услышать: «шут гороховый»-пустой»-источник зла, «подрубить под корень»-нанести кому-то вред.

Таким образом, рассмотренные нами особенности фразеологизмов позволяют сделать вывод, что фитонимические компоненты, входящие в состав фразеологических оборотов, формируют фразеологический фонд русского языка.

Мозговая Н.В., Осипенкова Т.С., Бессмертная Ю.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО
Кафедра общей стоматологии ФИПО

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОМАТЕРИАЛОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ-ОРДИНАТОРОВ

Качественная подготовка врача-специалиста имеет первостепенное значение и требует постоянного совершенствования учебного процесса. С каждым годом расширяется количество новых технических средств обучения в системе последипломого образования. Одним из таких средств являются видеоматериалы. Их использование в процессе преподавания особенно целесообразно в медицинских учебных учреждениях. Учебные видеofilьмы, которые при соответствующем построении сценария могут

стать важным компонентом обучения врачей-ординаторов, помогают формированию у них профессиональных умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы.

Целью нашего исследования явилось изучение роли видеоматериалов в учебном процессе на кафедре общей стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО.

Материалы и методы. Для изучения эффективности видеоматериалов учитывались данные анкетирования врачей-ординаторов.

Результаты и обсуждение. Создавая видеофильмы, мы исходили из программ курса учебного плана. Видеофрагменты использовались на лекциях, тематические фильмы – на практических занятиях. Цель видеофрагмента – отразить основные этапы обследования или лечения пациентов для формирования у врачей-ординаторов умений и навыков. Учебные фильмы на практических занятиях использовались нами либо в качестве иллюстрации перед самостоятельным выполнением той или иной манипуляции, либо для закрепления пройденного материала. Учебный фильм дает возможность врачам-ординаторам видеть явления, недоступные для непосредственного наблюдения. Кадры крупным планом позволяют фиксировать основные наиболее важные этапы вмешательств, благодаря замедленной их демонстрации. В целях фиксации внимания стоматологов на отдельных особо важных моментах используется также «стоп-кадр». Учебный фильм является необходимым дополнительным компонентом практического тематического занятия.

Проведение занятий с использованием видеофильмов можно рекомендовать по следующему сценарию.

1. Вступительное слово преподавателя.

2. Просмотр видеофильма.
3. Ответы преподавателя на возникшие вопросы.
4. Обсуждение логики построения клинического диагноза и плана лечения по представленному в фильме пациенту.
5. Задание ординаторам: провести развернутый дифференциальный диагноз по представленному в фильме клиническому случаю. Обсуждение результатов.
6. Обсуждение значимости и результатов дополнительных методов исследования, представленных в фильме.
7. Задание: по клиническому случаю из фильма назначить лечение, доказать целесообразность применения выбранных пломбирочных материалов. Обсуждение отдаленных результатов.

Таким образом, представленные материалы свидетельствуют о том, что использование видеоматериалов играет положительную роль в обучении врачей-ординаторов по специальности «Стоматология» и может быть полезным в совершенствовании преподавания и овладения практическими навыками будущими специалистами.

Морозова Н.И., Морозова Н.А., Железная А.А., Ельская С.Н.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО»,
Донецкий Республиканский центр охраны материнства и детства

ЛАКТАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ И БЕЛКОВЫЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Лактация – это составная часть репродуктивного периода, именно в этот период происходит нормализация прежде всего эндокринных функций в организме роженицы. Лактация функция ни одного гормона – пролактина.. Это интегративный процесс, в реализацию которого вовлечены половые гормоны (маммогенез), тиреоидные гормоны (энергетическое обеспечение секреторного процесса), опиоидные пептиды (поведенческие атрибуты), кортико-адреналовая система (быстрая реакция на действие стрессовых факторов). Поэтому в механизме нарушений лактации приобретают определенное значение послеродовые кровотечения

Цель исследования: выявить особенности белкового состава грудного молока у рожениц, перенесших послеродовые кровотечения

Материал и методы. Под наблюдением находились 114 рожениц с послеродовыми кро-

вотечениями. Возраст рожениц находился в пределах 19-40 лет. Все роженицы имели самостоятельные срочные роды. Контрольную группу составили 34 женщины с физиологическим течением послеродового периода. Оценка лактационной функции и белковый состав грудного молока проводились на 3-и сутки после родов. Молочные железы были достаточно развиты у всех рожениц. Все роженицы находились на совместном пребывании. Оценка уровня лактации проводилась по соответствию количества секретированного материнского молока потребностям новорожденного. Проведено расширенное биохимическое исследование грудного молока на биохимическом автоматическом анализаторе «Sapphire 400» (Япония) с помощью унифицированных тест-систем производства Cormay (Польша), Axis (Великобритания) отдельно для каждого показателя. Оценка

белкового обмена молока: общий белок и альбумин. Цифровые данные обрабатывались статистически с помощью программы Statistika 10.0 MicrosoftExcel 2007.

Результаты и обсуждение. Анализ проведенных исследований показал, что суточный объем секреции грудного молока на 3-ьи сутки у женщин с послеродовыми кровотечениями в 5 раз меньше ($103,7 \pm 97,80$ мл/сут), чем у женщин с физиологическим течением послеродового периода ($548,1 \pm 263,01$ мл/сут) ($p < 0,001$). При этом соотношение объема дневного и ночного выделения молока сохранено в обеих группах. Несколько меньший объем секреции у женщин обеих групп наблюдается в первой половине дня. В основной группе объем грудного молока в 5 раз меньше ($44,7 \pm 42,08$ мл) по сравнению с группой сравнения ($235,8 \pm 121,3$ мл) ($p < 0,001$). Во второй половине дня в обеих группах объем лактации увеличивается, однако у женщин с по-

слеродовыми кровотечениями остаётся также в 5 раз меньше ($59,6 \pm 55,5$ мл против $300,4 \pm 149,8$ мл у женщин с физиологическим течением послеродового периода) ($p < 0,001$). При изучении белкового состава грудного молока на 3-ьи сутки послеродового периода обращает на себя внимание, что в группе женщин с послеродовыми кровотечениями, наблюдается снижение уровня общего белка ($37,6 \pm 20,01$ г/л) и альбумина ($9,5 \pm 3,4$ г/л) по сравнению с грудным молоком женщин с физиологическим течением послеродового периода (общий белок $47,8 \pm 14,3$ г/л, альбумин $11,9 \pm 5,6$ г/л) ($p < 0,05$).

Закключение. Объем лактации у женщин с послеродовыми кровотечениями снижен в 5 раз в сравнении с пациентками с физиологическим послеродовым периодом. Белковый состав грудного молока женщин с послеродовыми кровотечениями беден белковыми компонентами.

Морозова Н.И., Морозова Н.А., Тацкий В.Н.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО», Донецкий Республиканский центр охраны материнства и детства

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Грудное вскармливание является уникальной и незаменимой составляющей для полноценной диады «мать-новорожденный». Грудное молоко идеально по своему составу, полностью отвечает потребностям младенца в питании в первые месяцы его жизни. Оно неразрывно связано с лактацией. Лактацией – называют процесс выработки и выведения молока. Подготовка к грудному вскармливанию начинается еще во время беременности. Уже во втором триместре некоторые женщины могут заметить выделение молозива. Подготовка к лактации проходит в три этапа: маммогенез – молочная железа развивается и растет, лактогенез – выработка и выведение молока., лактопоз – отвечает за процесс поддержания и развития секреции молока. На процесс лактации оказывают влияние многие отрицательные факторы. Одним из таких факторов являются послеродовые кровотечения.

Цель исследования: выявить особенности энергетического состава грудного молока у родильниц, перенесших послеродовые кровотечения

Материал и методы. Под наблюдением находились 96 родильниц с послеродовыми кровотечениями. Возраст родильниц находился в пределах 18-42 лет. Средний возраст родильниц

составил 25 лет. Все родильницы имели самостоятельные срочные роды. Контрольную группу составили 30 женщин с физиологическим течением послеродового периода. Лактационную функцию молочных желез оценивали путем определения суточного объема молока, с учетом потребности в нем новорожденного на 3ьи сутки послеродового периода. Объем молока рассчитывали гравиметрическим методом; количество молока, необходимое новорожденному в сутки, определяли по формуле Н.Ф. Филатова в модификации Г.И. Зайцевой. Энергетический состав грудного молока проводились на 3-ьи сутки после родов. Молочные железы были достаточно развиты у всех родильниц. После родов женщины находились на совместном пребывании. Проведено расширенное биохимическое исследование грудного молока на биохимическом автоматическом анализаторе «Sapphire 400» (Япония) с помощью унифицированных тест-систем производства Comau (Польша), Axis (Великобритания) отдельно для каждого показателя. Жировой обмен в исследовании отражают холестерин, триглицериды. Цифровые данные обрабатывались статистически с помощью программы Statistika 10.0 MicrosoftExcel 2007.

Результаты и обсуждение. Анализ проведен-

ных исследований показал, что энергетический состав грудного молока в данном исследовании представлен холестерином и триглицеридами. Холестерин в грудном молоке у женщин с послеродовыми кровотечениями на 3-ьи сутки ниже ($0,7 \pm 1,3$ ммоль/л), чем в контрольной группе ($0,9 \pm 0,6$ ммоль/л). Уровень триглицеридов одинаковый ($12,9 \pm 3,2$ ммоль/л против $12,4 \pm 2,3$ ммоль/л в группе сравнения). Суточный объём секреции грудного молока на 3-ьи сутки у женщин с послеродовыми кровотечениями в 5 раз

меньше ($103,5 \pm 97,7$ мл/сут), чем у женщин с физиологическим течением послеродового периода ($546,1 \pm 263,01$ мл/сут) ($p < 0,001$).

Заключение. Объём лактации у женщин с послеродовыми кровотечениями снижен в 5 раз в сравнении с пациентками с физиологическим послеродовым периодом. Энергетический состав грудного молока у женщин с послеродовыми кровотечениями беден жировыми компонентами.

Москаленко С.В., Сушков Н.Т., Моисеев А.М., Гриненко Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Острый и хронический панкреатит составляет от 5% до 25% всех случаев заболеваний органов пищеварения у детей. Ранняя диагностика острого панкреатита представляет определенные трудности.

Под нашим наблюдением в 2010-2019 гг. находились 39 детей (22 мальчика и 17 девочек) в возрасте от 8 до 17 лет с острым панкреатитом. Всем пациентам проводилось лечение в отделении интенсивной терапии общего профиля Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР. Использовались клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Учитывая характер жалоб при поступлении в стационар (боль в животе, повторная рвота, лихорадка), все дети были осмотрены детскими хирургами с целью исключения острой хирургической патологии, требующей оперативного вмешательства. В правильной диагностике острого панкреатита важную роль играло определение уровня амилазы крови, диастазы мочи и ультразвуковое исследование. Во время проведения последнего у всех детей выявили диффузное или локальное увеличение размеров железы, изменение эхоплотности паренхимы в виде гиперэхогенности, неровность контуров, а у семи больных обнаружили также кистозные образования. Полная нормализация эхографической картины поджелудочной железы к моменту выписки из стационара наблюдалась лишь у 17 детей.

Проведенный анализ позволил выявить четкую связь снижения активности амилазы крови с регрессом патологической симптоматики (рвота, болевой абдоминальный синдром). Учитывая

это, мы считаем, что для реальной оценки выраженности патологического процесса в поджелудочной железе следует отдавать предпочтение не уровню диастазы мочи, а величине амилазы крови.

Для купирования болевого синдрома применяли спазмолитики, при необходимости дополняя анальгетиками, антихолинергическими средствами. Наркотические анальгетики не назначали в связи с возможностью усиления спазма сфинктера Одди и повышения давления в протоках поджелудочной железы.

С целью подавления желудочной секреции использовали селективные блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонной помпы. Снижения стимулирующего действия соляной кислоты добивались введением антацидных препаратов для перорального применения.

Соматостатин применяли у 19 больных в течение 4-5 суток. На фоне введения препарата уровень амилазы крови и диастазы мочи в течение 3-4 суток снижался, приближаясь к нормальным значениям. В случае применения соматостатина длительность лечения в отделении интенсивной терапии сокращалась на 1,5 суток, а в стационаре – на 3,6 суток.

Для подавления повышенной трипсиновой и кининовой активности использовали ингибиторы протеолиза, что позволило уменьшить выраженность болевого синдрома у детей. С целью профилактики инфекционных осложнений применяли парентеральное введение антибиотиков широкого спектра.

Таким образом, анализ опыта лечения детей с острым панкреатитом позволил выработать рациональные подходы к ведению больных в условиях отделения интенсивной терапии. У детей с

острым панкреатитом при оценке выраженности патологического процесса в поджелудочной железе преимущество имеет амилаза крови по сравнению с диастазой мочи. Применение соматостатина сокращает длительность лечения де-

тей с острым панкреатитом в стационаре и в отделении интенсивной терапии. Величина уровня амилазы крови и диастазы мочи коррелирует с использованием соматостатина.

Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф., Налетов А.В., Волковая Э.И., Рыбакова Т.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ

Одна из актуальных проблем дисплазии соединительной ткани (ДСТ) – полиорганность поражения. Фенотипические внешние и висцеральные проявления ДСТ целесообразно рассматривать в контексте клинико-функциональных синдромов, объединяющие признаки соединительнотканной дисплазии со стороны определенных органов и систем.

Цель исследования. Изучить проявления клинико-функциональных синдромов у детей с ДСТ.

Материалы и методы. На базе кардиоревматологического отделения КУ «ГДКБ № 1» г. Донецка обследовано 126 детей с ДСТ в возрасте 7-17 лет. Диагноз ДСТ устанавливали на основании клинико-биохимических критериев (Национальные рекомендации Российского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани, 2015).

Результаты. Согласно условиям выборки, все обследованные дети имели клапанный синдром – наличие пролапса митрального клапана (ПМК) при проведении доплерэхокардиографического исследования. ПМК в большинстве случаев был I степени. Синдром неврологических нарушений, который включал в себя различные проявления вегетативной дисфункции, диагностирован у 93 (73,8±3,9%) пациентов. Наиболее ярким проявлением вегетативных нарушений были гипервентиляционный синдром, панические атаки, липотимические и синкопальные состояния. Торакодиафрагмальный синдром диагностирован у 85 (67,5±4,2%) детей. Он характеризовался сколиозом, деформацией грудной клетки (сколиотической, воронкообразной, килевидной) астенической формой грудной клетки. Вертеброгенный синдром имел место у 32 (25,4±3,8%) обследованных. У этих пациентов при рентгенологическом обследовании выявлены спондилолистез, деформирующий спондило-

артроз, остеохондроз, аномалии дуг позвонков, грыжи Шморля. У 80 (63,5±4,3%) обследованных при проведении холтеровского мониторинга ЭКГ диагностирован аритмический синдром, который проявлялся наличием номотопных и гетеротопных дизритмий, нарушений проводимости. 78 (61,9±4,3%) детей имели косметический синдром. Он заключался в наличии внешних проявлений ДСТ: аномалий формы ушных раковин, гиперэластичности кожи, краниоцефальных аномалий, микро- и макрогнатий. Синдром патологии стопы диагностирован у 65 (51,6±4,5%) пациентов. Дети с этим синдромом имели плоскостопие, аномалии формы стоп, сандалевидную щель. Синдром гипермобильности суставов выявлен у 62 (49,2±4,4%) детей. Основными жалобами у детей с суставной гипермобильностью были артралгии и/или хруст в суставах. При объективном обследовании повышенная амплитуда движений чаще наблюдалась в суставах пальцев кистей, локтевых, лучезапястных суставах, реже – в поясничном отделе позвоночника. 54 (42,9±4,4%) пациента имели синдромы патологии пищеварительного тракта и мочевыводящей системы, которые включали: деформации желчного пузыря, аномалии развития кишечника, гастроэзофагальный рефлюкс, нефроптоз, аномалии развития почек. 42 (33,3±3,8%) ребенка имели проявления сосудистого синдрома, выявленные при проведении реоэнцефалографического исследования и ультразвуковой доплерографии магистральных сосудов головы и шеи. Синдром патологии органов зрения (миопия, астигматизм, гиперметропия) встречался у 18 (14,3±3,1%) пациентов.

Выводы. Таким образом, клапанный синдром у детей с ДСТ чаще сочетается с синдромами вегетативной дисфункции, торакодиафрагмальным, аритмическим, что надо учитывать при проведении обследования этой группы пациентов.

Музычина А.А., Бугоркова И.А., Левенец Н.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии, г.Донецк.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗОРБИРУЕМЫХ МЕМБРАН «GEISTLICH BIO-GIDE» ПРИ ПЛАСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДОГО НЁБА У ДЕТЕЙ

Введение. Дети с врожденными дефектами челюстно-лицевой области, а именно с врожденными расщелинами неба (ВРН) имеют выраженные функциональные нарушения, такие как расстройство функции сосания, глотания, дыхания, речи, а так же косметические деформации лица. Частота рождения детей с подобной патологией имеет стабильную тенденцию к росту.

Цель исследования. Оптимизировать хирургическое лечение детей с ВРН с использованием мембран «Geistlich Bio-Gide» при пластике дефектов твердого нёба.

Объекты и материалы исследования. «Geistlich Bio-Gide» является резорбируемой двухслойной мембраной для направленной костной и тканевой регенерации, состоит из коллагена 1 и 3 типа. Данный коллаген выделяют из сертифицированных ветеринарной службой свиней и тщательно очищают для исключения антигенных факторов. Низкая антигенная активность и биосовместимость позволяет использовать мембрану при пластических операциях на твердом нёбе. По структуре мембрана гладкая и плотная с двух сторон

Уложенная мембрана на ложе твердого нёба и фиксирована сверху слизисто-надкостничным лоскутом, создает оптимальные условия для регенерации твердых и мягких тканей. Адгезия мембраны к поверхности кости достигается с помощью геля, который формируется в результате взаимодействия коллагеновых волокон самой мембраны с кровью. Полная пенетрация

мембраны кровью и экссудатом способствует лучшей адаптации к костным структурам и полное закрытие лоскута. С целью минимизации бактериальной контаминации и ограничением контакта мембраны, и зоны дефекта со слюной, а так же во избежание ускоренного рассасывания, послеоперационная рана закрывается защитной пластинкой и фиксируется. В процессе заживления, удалении мембраны не требуется, она рассасывается в течение 24 недель. Распад происходит ферментативным путем, не раздражая ткань из-за образования кислот, как это бывает у синтетических материалов на основе полилактоидов.

Результаты. Применение мембраны «Geistlich Bio-Gide» при хирургическом лечении наших пациентов с врожденной расщелиной нёба способствовало более полному и быстрому восстановлению анатомических структур твердого нёба с построением репаративного регенерата на всем протяжении расщелины. Данный барьерный материал способствует созданию оптимальных условий для репаративного процесса в костной основе нёба.

Выводы. Пластика врожденных дефектов твердого нёба с использованием мембраны «Geistlich Bio-Gide» улучшает тканевую интеграцию и регенерацию, способствует образованию менее плотного послеоперационного рубца.

Наш опыт показывает, что использование данного метода положительно сказывалось на эффективности лечения пациентов.

Музычина А.А., Бугоркова И.А., Тутова К.С., Ваиура А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Врожденные пороки развития у детей представляют собой серьезную медицинскую и социальную проблему, так как они занимают одно из первых мест среди причины детской заболеваемости и смертности. В настоящее время по данным ВОЗ частота рождения детей с врожден-

ной расщелиной губы и неба (ВРГН) в среднем составляет 1:750 новорожденный, что составляет 20-30% от всех пороков развития человека и 86% от пороков развития челюстно-лицевой области. Ведущий метод лечения детей с ВРГН – хирургический. Качество и результат хирур-

гического лечения зависит не только от знаний и умения хирурга, но и от состояния здоровья ребенка – носителя тяжелого порока. Дети с ВРГН часто страдают стойкими сопутствующими заболеваниями различных органов и систем, которые определяют, в том числе и возможность своевременного оперативного лечения. Для планирования адекватных сроков оперативного лечения безусловно является ранее выявление сопутствующей патологии и ее коррекция.

Цель: изучить сопутствующие заболевания детей с ВРГН на этапах хирургического лечения.

Материалы и методы: нами было изучено 166 историй болезни детей с ВРГН находящихся на различных этапах лечения в ЦГКБ №1 г. Донецка. Из 166 детей мальчиков было 111 и 55 девочек. Неполная расщелина верхней губы и неба была у двух мальчиков и двух девочек. 105 детей были с полной односторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба – 68 мальчиков и 37 девочек. Самый тяжелый порок – двухсторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба был у 57 детей из них 41 мальчиков и 16 девочек. В этой категории детей были выявлены следующие заболевания: болезни крови (анемия); болезни органов дыхания, бронхиты, ОРВИ; болезни миндалин; болезни пищева-

рения; болезни эндокринной системы и болезни кожи и подкожно жировой клетчатки (атопический дерматит). По данным истории болезни 124 ребенка с ВРГН перенесли болезни крови (анемия) что составило 74,6%; болезни органов дыхания были у 137 (84,5%) детей, бронхиты у 92 (56,7), ОРВИ у 143 (88,2%); болезни миндалин 106 (65,4%); болезни пищеварения наблюдались у 116 детей (71,6%); болезни эндокринной системы были отмечены у 87 (53,7%) и болезни кожи и подкожно жировой клетчатки (атопический дерматит) у 91 (56,1%) ребенка.

Выводы: Таким образом 2/3 детей имеют сопутствующие заболевания которые существенно влияют на качество хирургического лечения, являются противопоказанием к плановому оперативному вмешательству, сроки операции переносятся как минимум на 1-1,5 мес. Выполнить оперативное лечение в установленные сроки не представляется возможным, что в свою очередь влечет за собой невозможность ранней реабилитации. Это должно быть учтено при планировании комплексных мероприятий направленных на лечение и реабилитацию детей с ВРГН.

Рекомендации: комплексное обследование детей с ВРГН смежными специалистами, лечение и коррекция сопутствующих заболеваний, что в свою очередь позволит нам проводить хирургическое лечение в установленные сроки.

Музычина А.А., Музычина А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ И ВНУТРИВЕННОГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Применение физиотерапевтических свойств света в том или ином виде нашли применение в комплексных терапевтических подходах в начале прошлого века. С 1981 года ученым удалось найти способ доставки светового пучка непосредственно в кровеносное русло, применив технологии внутривенных световодов. За последние тридцать лет, метод внутривенного воздействия лазерным и ультрафиолетовым излучением низкой мощности получил широкое применение и активно используется в лечебных учреждениях различного профиля. В современной практике, благодаря удобству, простоте применения и безопасности внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) и ультрафиолетового облучения крови (УФОК) является доступным дополни-

ем к комплексу мер, направленным на качественное улучшение результатов терапевтического и хирургического лечения в отделении челюстно-лицевой хирургии.

Цель – улучшение результатов комплексного лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области, применяя комбинацию эфферентных методов в комплексе с традиционными подходами.

В исследовании принимали участие 35 человек, находящихся на лечении в челюстно-лицевом хирургическом отделении городской клинической больницы города Донецка в 2020 году. Все больные, отобранные для групп А и Б госпитализированы в челюстно-лицевой стационар в среднем на 7 сутки. У больных обо-

их групп течение флегмон сопровождалось характерной выраженной интоксикацией, проявляющейся в повышении температуры тела, нарушении аппетита, сна, ухудшение общего состояния. Пациенты были условно разделены методом случайной выборки на две группы (Группа А ВЛОК + УФОК, основная и группа Б базовая терапия, контрольная). Комплекс мер по оказанию стандартных видов помощи, за исключением применения ВЛОК. Всем больным при поступлении в стационар оказана помощь в объеме, предусмотренном протоколом оказания помощи больным с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области различной локализации.

Результаты эффективности применения метода основаны на субъективных показателях (нормализация аппетита, сна, общего состояния), а также анализе температурных показателей, и снижения сроков нетрудоспособности. В группе А, где в стандартные протоколы лечения был добавлен метод лазерной терапии зафиксирован эффект, обусловленный применением эфферентного метода, проявившийся в положительной динамике состояния каждого пациента. Пациенты группы Б, контрольной, прибывали на стационарном лечении в среднем 14 суток.

Пациенты группы А выписаны из стационара на 1-2 суток ранее. На осмотре, у больных группы А рана полностью очищается от гнойного отделяемого на 4 сутки, видны скудные грануляции, отечность прилежащих тканей не выражена, гиперемия отсутствует. Больные группы Б, демонстрируют подобные улучшения на 5 сутки. Субъективно, аппетит и сон у больных группы А уверенно нормализуется на 2 сутки. Больные группы Б отмечают нормализацию на 3-4 сутки. 7 пациентов группы А, отметили субъективное улучшение настроения в связи с применением современных технологий в лечении данной патологии.

Вывод. Исходя из усредненного анализа по всем мониторируемым показателям, можно сделать вывод о положительном воздействии метода ВЛОК в комплексе со стандартным алгоритмом оказания помощи больным с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Нормализация температуры, оптимизация регенеративных свойств организма, хорошая переносимость и отсутствие осложнений позволяют в дальнейшем использовать ВЛОК в комплексе лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области различной локализации.

Мурзакаев А.А., Есина О.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Целью исследования являлось установление особенностей суицидального поведения населения Свердловской области на фоне пандемии COVID-19 и связанных с ней мер самоизоляции и самоограничений.

В настоящем исследовании представлен анализ особенностей суицидальных попыток, личностных смыслов и мотивов суицидального поведения 704 пациентов, совершивших суицидальные попытки на фоне пандемии COVID-19 (во II и III кварталах 2020 г.) и обратившихся по этому поводу в различных медицинских организаций Свердловской области. Сравнение проведено с контрольной группой, состоящей из 755 пациентов различных медицинских организаций Свердловской области, совершивших суицидальные попытки в IV квартале 2019 г. и в I квартале 2020 г. Сравнительная группа состояла из пациентов, совершивших суицидальные попытки в иные сезоны года, чем пациенты

контрольной группы, в связи с проведением массового мониторинга суицидального поведения в Свердловской области только с сентября 2019 г. в рамках пилотного проекта при сотрудничестве с Минздравом России и с ВОЗ. Использован сравнительный анализ по многим параметрам, однако наиболее примечательные отличия выявлены по следующим параметрам: личностный смысл суицидального поведения и социальные мотивы суицидального поведения. Многие другие отличия вполне ожидаемы из теории суицидов и реалий жизни в пандемии.

В ходе проведенного исследования в основной группе протест как личностный смысл суицидального поведения был выявлен у 131 пациента (36,19%, n=362) из тех пациентов этой группы, которые дали ответ на сей вопрос; также в основной группе среди мотивов суицидального поведения у 49 пациентов (6,96%, n=704) были выявлены такие социальные мотивы как мате-

риальные трудности и у 42 пациентов (5,97%, n=704) – такие социальные мотивы как бытовые трудности. В то время как в контрольной группе протест как мотив суицидальной попытки был выявлен у 79 пациентов (24,84%, n=333) из тех пациентов, которые дали ответ на этот вопрос, материальные трудности как мотив суицидальной попытки были выявлены у 16 пациентов (2,12%, n=755), а бытовые трудности – у 23 пациентов (3,05%, n=755).

Выводы. Таким образом, были отмечены не-

которые изменения особенностей личностных смыслов и мотивов суицидального поведения в Свердловской области, в связи с последствиями пандемии COVID-19 и связанных с ней мер, проявляющиеся в увеличении удельной доли среди совершивших суицидальные попытки такого личностного смысла суицидального поведения как протест, а также таких социальных мотивов суицидального поведения как материальные и бытовые трудности.

Мухин И. В., Мельник И. В., Социлин А. В

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНТИФИБРОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ COVID-19

Актуальность: Проблема лечения легочного фиброза актуальна как никогда, так как возрастает число данных о формировании фиброза у пациентов перенесших COVID-19. Существует эпидемиологическая концепция, согласно которой острые обострения Идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) могут быть вызваны респираторными вирусными инфекциями. Wootton и коллеги обнаружили, что небольшая часть пациентов с острым обострением ИЛФ имела признаки вирусной инфекции, в том числе коронавирусной инфекции (коронавирус человека ОС43). Острые обострения ИЛФ чаще наблюдаются в зимне-весенний сезон, поддерживая теорию о том, что они могут быть опосредованы инфекциями дыхательных путей.

Цель: рассмотреть возможность использования антифибротической терапии в лечении COVID-19

Материалы и методы: Использовались сравнительные и аналитические методы исследования. Анализ разносторонних публикаций по исследуемой теме, в том числе статьи в международных медицинских журналах, данные клинических исследований препаратов и систематические обзоры.

Результаты: Сегодня считается, что ИЛФ является результатом аберрантного репаративного механизма, который следует за первичным повреждением эпителия легких. Этим можно объяснить то, что стратегия, направленная на уменьшение легочного воспаления (глюкокортикоиды и иммуносупрессанты), оказалась неэффективной при ИЛФ. В настоящее время предпочтение отдают препаратам с антифибротическими свойствами (Нинтеданиб, Пирфенидон), которые одинаково эффективны в замедлении скорости снижения функции легких (пример-

но на 50%). Актуальные данные исследования INPULSIS II показали, что лечение нинтеданибом снижает частоту обострения ИЛФ и увеличивает продолжительность жизни до 2,5 лет, учитывая, что средняя выживаемость для этого заболевания составляет всего 3 года с момента постановки диагноза.

Антифибротическая терапия используется исключительно при хронических фиброзных заболеваниях. Поэтому результаты оценивались через 1 год наблюдения, при этом изменения форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) были единой конечной точкой. Однако показательно, что в клинических испытаниях нинтеданиба, как при ИЛФ (испытания INPULSIS), и при других фиброзных расстройствах, не связанных с ИЛФ (исследование INBUILD) было показано раннее разделение тенденций ФЖЕЛ между группами лечения и плацебо со значительными различиями через 4-6 недель. Таким образом, наблюдаемое раннее разделение тенденций ФЖЕЛ, по-видимому, указывает на то, что антифибротические агенты ослабляют профибротические пути вскоре после их введения. Ключевой вывод исследования INBUILD заключался в том, что терапия нинтеданибом, по-видимому, подавляет фиброгенез при широком спектре легочных заболеваний. Эти испытания потенциально предполагают, что антифибротическая терапия при использовании на ранних стадиях инфекции COVID-19 может иметь серьезные преимущества в снижении фиброзного повреждения, вызванного иммунной дисрегуляцией. Оба препарата обладают плеiotропным действием, но они не обладают иммунодепрессивным действием, а так же они не ослабят протромботические аспекты, поэтому нет оснований для их отмены перед лицом вирусной или бактериальной инфекции.

Выводы: С большей долей вероятности антифибротическая терапия сыграет определенную роль в лечении COVID-19, но она примет форму

включения в комбинированные схемы, как только будут определены эффективные противовоспалительные методы лечения.

Мухин И. В., Мельник И. В., Социлин А. В

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНТИФИБРОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ COVID-19

Актуальность: Проблема лечения легочного фиброза актуальна как никогда, так как возрастает число данных о формировании фиброза у пациентов перенесших COVID-19. Существует эпидемиологическая концепция, согласно которой острые обострения Идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) могут быть вызваны респираторными вирусными инфекциями. Wootton и коллеги обнаружили, что небольшая часть пациентов с острым обострением ИЛФ имела признаки вирусной инфекции, в том числе коронавируса (COVID-19). Острые обострения ИЛФ чаще наблюдаются в зимне-весенний сезон, поддерживая теорию о том, что они могут быть опосредованы инфекциями дыхательных путей.

Цель: рассмотреть возможность использования антифибротической терапии в лечении COVID-19

Материалы и методы: Использовались сравнительные и аналитические методы исследования. Анализ разносторонних публикаций по исследуемой теме, в том числе статьи в международных медицинских журналах, данные клинических исследований препаратов и систематические обзоры.

Результаты: Сегодня считается, что ИЛФ является результатом aberrantного репаративного механизма, который следует за первичным повреждением эпителия легких. Этим можно объяснить то, что стратегия, направленная на уменьшение легочного воспаления (глюкокортикоиды и иммуносупрессанты), оказалась неэффективной при ИЛФ. В настоящее время предпочтение отдают препаратам с антифибротическими свойствами (Нинтеданиб, Пирфенидон), которые одинаково эффективны в замедлении скорости снижения функции легких (примерно на 50%). Актуальные данные исследования INPULSIS II показали, что лечение нинтеданибом снижает частоту обострения ИЛФ и уве-

личивает продолжительность жизни до 2,5 лет, учитывая, что средняя выживаемость для этого заболевания составляет всего 3 года с момента постановки диагноза.

Антифибротическая терапия используется исключительно при хронических фиброзных заболеваниях. Поэтому результаты оценивались через 1 год наблюдения, при этом изменения форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) были единой конечной точкой. Однако показательно, что в клинических испытаниях нинтеданиба, как при ИЛФ (испытания INPULSIS), и при других фиброзных расстройствах, не связанных с ИЛФ (исследование INBUILD) было показано раннее разделение тенденций ФЖЕЛ между группами лечения и плацебо со значительными различиями через 4-6 недель. Таким образом, наблюдаемое раннее разделение тенденций ФЖЕЛ, по-видимому, указывает на то, что антифибротические агенты ослабляют профибротические пути вскоре после их введения. Ключевой вывод исследования INBUILD заключался в том, что терапия нинтеданибом, по-видимому, подавляет фиброгенез при широком спектре легочных заболеваний. Эти испытания потенциально предполагают, что антифибротическая терапия при использовании на ранних стадиях инфекции COVID-19 может иметь серьезные преимущества в снижении фиброзного повреждения, вызванного иммунной дисрегуляцией. Оба препарата обладают плеiotропным действием, но они не обладают иммунодепрессивным действием, а так же они не ослабят протромботические аспекты, поэтому нет оснований для их отмены перед лицом вирусной или бактериальной инфекции.

Выводы: С большей долей вероятности антифибротическая терапия сыграет определенную роль в лечении COVID-19, но она примет форму включения в комбинированные схемы, как только будут определены эффективные противовоспалительные методы лечения.

Мухин И. В., Социлин А. В., Мельник И. В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА

Неуклонное возрастание числа больных COVID-19, и данные о фиброзных процессах в легких после перенесенной тяжелой пневмонии COVID-19, выявляют необходимость обратить внимание на другие заболевания, приводящие к значительному фиброзу легких. Идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) – это заболевание легких неизвестной природы со стереотипной морфологической картиной интерстициальной пневмонии, характеризующееся нарастающей легочной недостаточностью вследствие развития преимущественно в интерстициальной ткани легких асептического воспаления, ведущего к прогрессирующему фиброзу. ИЛФ характеризуется чрезвычайно неблагоприятным прогнозом – по данным Pulmonary Fibrosis Foundation средняя продолжительность жизни больных от момента установления диагноза составляет от 2,5 до 3,5 лет, более 2/3 пациентов умирают в течение 5 лет. Целью исследования являлось изучение клинических проявлений и наблюдение за случаем быстро прогрессирующего ИЛФ.

Нами обследована пациентка Т., 62 лет, которая обратилась в пульмонологическое отделение в мае 2019 года с жалобами на одышку смешанного характера при незначительной физ. нагрузке, кашель с периодическим отхождением мокроты слизисто-гнойного характера, боль в грудной клетке при кашле, изжогу, общую слабость. sPO₂ – 86%. Считает себя больной с января 2019г., когда появилась одышка, которая прогрессивно нарастала, обратилась к врачу по месту жительства, выполнена рентгенография органов грудной клетки (ОГК), выставлен диагноз: хронический бронхит в стадии обострения. Получала: аугментин, АЦЦ 200мг. 3р/д., через неделю – выявлена двухсторонняя пневмония, по поводу чего находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении по месту жительства, была проведена антибиотикотера-

пия, без улучшения. Направлена к нам на консультацию, выставлен диагноз: Идиопатический легочный фиброз «стадия сотового легкого», ЛН-1-2ст. Наследственный и аллергологический анамнез не отягощены. Работа с цементом 23 года и с моющими химикатами 20 лет. Вредных привычек нет. Объективно: состояние средней тяжести. Периферические л/узлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочной звук. Дыхание везикулярное, ослаблено, звучная крепитация в нижне-боковых отделах с двух сторон. При перкуссии укорочение перкуторного звука справа и слева ниже угла лопатки. Частота дыхательных движений – 22 в минуту. Данные дополнительных исследования: общий анализ крови – СОЭ 23 мм/ч, остальные показатели в норме, биохимический анализ крови и общий анализ мочи – без патологии. Консультирована фтизиатром – данных за туберкулез нет. При повторной рентгенографии в легких диффузное усиление легочного рисунка, с наличием ячеистой деформации. Корни легких структурны, синусы свободны, сердце – без изменений. Данных за двухстороннюю пневмонию на всех снимках нет. Проведена компьютерная томография ОГК: признаки диффузного интерстициального процесса с формированием легочного фиброза, признаки легочной гипертензии. Бодиплетизмография – значительные нарушения по рестриктивному типу. Общая емкость легких 63.4%.

Таким образом, приведенный нами клинический случай свидетельствует о быстро прогрессирующем течении идиопатического легочного фиброза (< 6 мес), которое наблюдается и у пациентов перенесших пневмонию COVID-19. Будущие исследования, анализирующие влияние пандемии COVID-19 на частоту обострения ИЛФ, будут информативными для установления постулируемой связи этого идиопатического процесса с вирусной инфекцией.

Мухин И.В., Кошелева Е.Н., Прилуцкая О.А., Зборовский С.Р., Сочилин А.В., Миминошвили В.Р., Пушкарук В.В., Хомутова С.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА НА КАФЕДРЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №4

Студенческий научный кружок при кафедре внутренних болезней №4 представляет собой коллектив единомышленников, объединенный разработкой определенной научной концепции. Он объединяет энтузиастов, изучающих принципы, методы и приемы ведения научной работы. Каждый студент в кружке выполняет самостоятельное задание в рамках научной тематики кафедры. При планировании заседаний и научных исследований учитываются потребности, как научного направления кафедры, так и практической медицины для того, чтобы выпускник после окончания ВУЗа и прохождения интернатуры мог самостоятельно заниматься научно-исследовательской и практической лечебной работой.

Кафедра пропедевтической и внутренней медицины, осуществляет подготовку студентов на базах многопрофильных медицинских научно-исследовательских центров – Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения и Республиканском центре профпатологии и реабилитации МЗ ДНР. Именно в этих клинических базах сконцентрировано самое современное оборудование, которое позволяет проводить научные исследования в области кардиологии, пульмонологии, эндокринологии и сочетанной терапевтической патологии.

Основными целями функционирования научного кружка является повышение уровня научно-практической подготовки студентов, формирование интереса и потребности к научному творчеству, развитие творческого мышления, научной самостоятельности, активация внутренней организованности, углубление, закрепление и систематизация полученных знаний-умений.

Общими направлениями студенческой научной деятельности являются обеспечение активного участия в проведении научных конференций и семинаров, формирование интереса к научному творчеству, обучение методикам и

способам самостоятельного решения научных и практических задач, помощь студентам в овладении методиками и навыками проведения научных исследований, содействие углубленному изучению более широкого объема материала, подготовка из числа наиболее способных и активных студентов резерва научных и научно-педагогических кадров, выявление наиболее способных студентов, использование их творческого и интеллектуального потенциала для решения актуальных задач повышения эффективности образовательного процесса.

Заседание научного кружка, проходит в присутствии руководителя кружка, обычно открывает староста, избираемый из числа наиболее подготовленных студентов. Он принимает участие в разработке годового плана работы научного кружка, готовит информацию для опубликования в научных изданиях, конференциях, принимает участие в подготовке отчета о работе. На каждом заседании проводится осмотр тематического больного в одном из подразделений клиники.

Основными формами работы научного кружка является: заседание научного кружка; выступления с результатами собственных и обзорных исследований, научными сообщениями, докладами, реферативными сообщениями на заседаниях кружка; подготовка выступлений на научно-практических конференциях; участие в научных, научно-практических, научно-методологических семинарах; написание конкурсных работ на лучшую научную работу среди курсантов, слушателей и студентов.

Таким образом, привлечение студентов к работе в научных кружках позволило не только получить навыки проведения научных исследований и практической работы, но и увеличить возможности для интеллектуального развития личности.

Мухин И.В., Кошелева Е.Н., Прилуцкая О.А., Зборовский С.Р., Социлин А.В., Миминошвили В.Р., Пушкарук В.В., Хомутова С.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ

Как известно, система медицинского образования – это открытая, упорядоченная и постоянно реформируемая система, способная к количественному и качественному видоизменению в процессе накопления опыта. В этой связи, хотелось поделиться некоторыми соображениями. На наш взгляд важным является тот аспект, что студент, зачастую не понимая важности и значения той или иной темы лекции или практического занятия, практически сразу же забывает изученное. При этом так называемая «выживаемость» знаний даже к моменту проведения итогового модульного контроля оставляет желать лучшего. Ведь не трудно догадаться направления его мыслей: «Каким образом я связан с этой проблемой?» или «В моей практической деятельности мне это не пригодится», причиной и следствием чего, с одной стороны есть слабая мотивация, а, с другой, реакция «психологического отторжения». К сожалению, мы много говорим о мотивации обучения, но так и не научились понимать, откуда она происходит и где ее истоки. По-видимому, задача преподавателя в подобной ситуации должна заключаться в двух аспектах. Во-первых, важно продемонстрировать «глобальность проблемы» и ассоциативно «связать» конкретные клинические проявления определенной нозологии с его (студента) повседневной жизнью. При этом важно продемонстрировать и его «причастность» к данному процессу, указав его роль и «нишу». Только так, возможно, может возникнуть осознание того, что изучаемая медицинская проблема каким-то образом может относиться и к нему и или к его родственникам, а не существует в виде какой-то эфемерной «заболеваемости» и «смертности» в мире, стране, районе, к которым он, студент, по его мнению, никакого отношения не имеет. Такой принцип позволяет связать рассмотрение чисто медицинских проблем с каждым обучающимся, поскольку у каждого из них имеются друзья, знакомые, родственники с такой или аналогичной патологией. А отсюда появляется хоть и малая, но за-

интересованность, «... а что же я могу сделать, чтобы мои близкие не болели этим?» или «А каков прогноз?». Следствием этого обязательно является «включение» такой связи в длительную «ассоциативную» память. Усилением такой связи является самостоятельная курация больного, написание «не формальной» истории болезни и детальный разбор клинического случая. Вот так и рождается мотивация к обучению и возникает ассоциативный момент, позволяющий помнить такую и подобные клинические ситуации, но при этом, не заучивая только определения, термины или постулаты. Целостность клинического педагогического процесса – это синтетическое качество, характеризующее высший уровень его развития, результат стимулирующих сознательных действий и деятельности субъектов, функционирующих в нем. Целостному педагогическому процессу присуще внутреннее единство составляющих его компонентов, их гармоническое взаимодействие. В нем непрерывно происходят движение, преодоление противоречий, перегруппировка взаимодействующих сил, образование нового качества в зависимости от изменившихся условий. В учебных программах часто одна и та же тема изучается несколькими дисциплинами, но под «разными углами зрения». Такое весьма условное дублирование в определенной степени дезориентирует студента. Одним из направлений из механизмов формирования и сохранения мотивации, является создание у обучающихся целостного представления. В этой связи, задачей преподавателя на клинической кафедре является не только обучение особенностям конкретной нозологии, но и интеграция новой для студента информации в тот базис, который был создан ранее на медико-биологических кафедрах.

Таким образом, в профессиональной деятельности преподавателя всегда есть простор для поиска, педагогического творчества и уже не на уровне традиционной методики, а на уровне интеграции знаний по предметам и технологий обучения в единый концептуальный процесс.

Мухин И.В., Социлин А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дыхательная недостаточность (ДН) – неспособность системы дыхания обеспечить нормальный газовый состав артериальной крови, или ДН – патологический синдром, при котором парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (PaO₂) 45 мм рт. ст. К развитию гипоксемии, для которой характерно снижение насыщения артериальной крови кислородом, приводит практически любая ДН. В свою очередь гипоксемия часто является основной причиной смерти больного.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния прональной позиции у больных с заболеваниями дыхательной системы и развитием острой ДН на величину сатурации кислорода при помощи пульсоксиметра.

В исследование включено 26 пациентов с синдромом острой ДН, которые методом случайной выборки были распределены в две однородные по возрасту, полу и причине ДН группы наблюдения. В группу 1 включено 13 (50%) пациентов, которым в комплексном лечении синдрома острой ДН мы применяли прона-позицию продолжительностью до 6 часов в сутки с перерывами для ухода, смены катетеров, кормления, перестилания постели и пр., а в группу 2 – 13 (50%) человек без использования такого подхода. Эффективность прона-позиции оценивали по величине сатурации кислорода в капиллярной крови до и после применения данного подхода.

Результаты. Согласно полученных результатов, величина сатурации кислорода в группе 1 составила 91,2±1,16 и 95,0±0,19 (t=3,8, p=0,04) соответственно, а в группе 2 – 91,3±1,45 и 93,4±1,20 (t=2,3, p=0,08) соответственно. Придание больному прональной позиции делает дорсальные отделы легких гравитационно независимыми и в них улучшается вентиляция, происходит расправление гравитационнонезависимых ателектазов. В вентральных же отделах легких происходит улучшение перфузии, которая при положении на спине была снижена из-за гиперинфляции и перерастяжения альвеол. Облегчается дренирование дорсальных отделов дыхательных путей за счет мобилизации бронхиального секрета. Кроме того, в положении лицом вниз значительно снижается внутрибрюшное давление, что особенно важно для пациентов на искусственной вентиляции легких, в силу частых вздутий живота, наблюдаемых у них, улучшается подвижность диафрагмы.

Выводы. Прональная позиция у больных с синдромом острой ДН может считаться одним из немедикаментозных подходов, облегчающих процессы прохождения воздуха по верхним и нижним дыхательным путям, отхождения вязкой мокроты, а также благоприятно влияющими на диффузионные механизмы газообмена, что подтверждается величиной оксигенации крови.

Мухина В.И.

ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТЯЖЕЛЫМ ШОКОМ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ

Цель. Показать на клиническом примере эффективность лечения пациента с тяжелой сочетанной травмой, осложненной тяжелым шоком и генерализованной формой жировой эмболии.

Материал и методы. В Больницу скорой медицинской помощи (БСМП) № 1 г. Томска поступил пострадавший В., 22 лет, – управляя мотоциклом, совершил столкновение с автомобилем. Диагноз при поступлении «Тяжелая соче-

танная травма. Закрытый перелом костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца, закрытый перелом правого бедра, открытый перелом правого плеча и правой голени со смещением, ушиб головного мозга, острая кровопотеря, травматический шок 2-3 степени, снижение артериального давления до 60/0 мм рт. ст. Больной незамедлительно поднят в палату интенсивной терапии (ПИТ), начата массивная инфузионная

терапия, направленная на лечение шока и профилактики жировой эмболии. В связи с неадекватностью спонтанного дыхания, больной переведен на искусственную вентиляцию легких. Бедро и голень уложены на скелетное вытяжение. Выполнялся лапароцентез с целью исключения внутрибрюшного кровотечения.

Объемно-скоростные показатели инфузионной терапии корректировались в соответствии с гемодинамикой и диурезом. В течение 7 часов с момента поступления в ПИТ пострадавшему переливались эритромаасса – 885 мл; свежемороженая плазма – 530 мл; растворы в объеме 5300 мл; мексидол, ингидрил, эссенциале, декстраны, глюкокортикоиды, адреномиметики, наркотические анальгетики. К концу первых суток в ПИТ удалось стабилизировать гемодинамические показатели. Добавлены к лечению трентал, альбумин, актовегин, фраксипарин. Через 55 часов с момента поступления в ПИТ у больного отмечалось ухудшение гемодинамических показателей, констатированы грубые изменения со стороны свертывающей системы крови в сторону гиперкоагуляции.

Появилась петехиальная сыпь на теле; на глазном дне – косвенные признаки эмболии; на рентгенограммах легких «снежная буря»; гипертермия + 38,5 °С. Больному поставлен диагноз-осложнение «Жировая эмболия: генерализованная форма». Выполнена трахеостомия. На

вторые и четвертые сутки больному выполнены два сеанса обменного плазмафереза с элиминацией плазмы 800 мл. с замещением ее свежемороженой плазмой. Длительность каждого обменного плазмафереза составляла 85 минут. Гемодинамика стабилизировалась. К концу 2-ой недели, после обменного плазмафереза, отмечено снижение протромбинового индекса, толерантности плазмы к гепарину и содержание фибриногена.

Под эндотрахеальным наркозом выполнено наложение аппаратов внешней фиксации на бедро, голень и плечо. На следующий день пациент переведен в общую палату травматологического отделения. Выздоровление.

Результаты. Пациент находился в палате интенсивной терапии в течение 17 суток, на ИВЛ – 6,5 суток, в общей палате травматологического отделения – в течение 11 суток. На фоне проведенного оперативного лечения и комплексной инфузионной терапии, включая сеансы обменного плазмафереза, наступило выздоровление.

Выводы. Разработанная на кафедре травматологии и ортопедии СибГМУ совместно с сотрудниками реанимации БСМП № 1 г. Томска интенсивная комплексная терапия, включающая обменный плазмаферез, позволяет успешно лечить такое грозное осложнение травматической болезни, как посттравматическая жировая эмболия.

Налетов А.В., Гуз Н.П., Каспир Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
2000 «Медицинский центр Гастро-лайн г. Донецк»

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОБИОТИЧЕСКОГО ДИСБАЛАНСА ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФЕКЦИОННЫМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является одним из наиболее распространенных функциональных гастроинтестинальных расстройств, как в детском возрасте, так и у взрослых пациентов. Согласно данным различных эпидемиологических исследований, от СРК в мире страдает 10-25% населения. Встречаемость данного расстройства среди лиц женского пола остается более высокой, чем среди мужчин. Молодые люди чаще подвержены развитию заболевания, чем лица старше 50 лет. В концепции формирования расстройства имеет значение несколько этиологических факторов, запускающих ряд патофизиологических механизмов, среди которых важную роль играет дисбаланс кишечной микробиоты. В последние годы получило

распространение разделение СРК по преобладающему этиологическому фактору: постинфекционный СРК (ПИ-СРК), вариант расстройства, связанный с непереносимостью пищевых продуктов, классический СРК, индуцированный стрессом.

Следует отметить, что в период эпидемии коронавирусной инфекции, идет быстрое накопление информации об особенностях течения COVID-19. Так, согласно результатам ряда исследований у 10-50% больных с коронавирусной инфекцией отмечаются гастроэнтерологические жалобы.

Цель работы. Оценить распространенность микробиотического дисбаланса тонкой кишки у пациентов с ПИ-СРК, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. На базе ООО «Медицинский центр Гастро-лайн г. Донецка» было обследовано 60 пациентов с СРК. У 30 пациентов был диагностирован ПИ-СРК на фоне перенесенной инфекции COVID-19 (основная группа). Группу сравнения составили 30 больных с классическим СРК, индуцированным стрессом. Статистически значимой разницы по возрасту и по полу между группами сравнения не выявлено ($p > 0,05$). В обеих группах преобладали лица женского пола 3:1. Диагностика СРК основывалась на рекомендациях Римского консенсуса IV (2016) с использованием Бристольской шкалы формы кала. У всех пациентов была проведена диагностика синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) тонкой кишки при помощи водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой с использованием цифрового анализатора выдыхаемого водорода «ЛактофаН2» (ООО «АМА», Россия).

Результаты исследования. Анализ полученных результатов позволил установить, что СРК у большинства обследованных пациентов сочетался с развитием избыточной микробной контаминации тонкой кишки фекальной микрофлорой. Так, среди пациентов с ПИ-СРК, перенесшим COVID-19, доля больных, имеющих СИБР тонкой кишки составила 93,3% (95% ДИ = 83,9 – 99,3%), что было статистически значимо больше ($p < 0,01$) относительно группы сравнения – пациентов, имеющих классический СРК. Так, СИБР тонкой кишки был установлен у 60,0% (95% ДИ = 41,4 – 78,6%) пациентов группы сравнения.

Выводы. Таким образом, для больных с ПИ-СРК, перенесших COVID-19, характерным является наличие микробиотического дисбаланса тонкой кишки с формированием СИБР, который среди данной группы пациентов встречается достоверно чаще относительно больных с классическим СРК, индуцированным стрессом.

Налетов А.В., Карпенко Д.А., Масюта Д.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САПЛЕМЕНТАЦИИ ВИТАМИНА D В ОТНОШЕНИИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Функциональные абдоминальные болевые расстройства (ФАБР) занимают ведущее место в структуре функциональной гастроинтестинальной патологии у детей. В данную группу расстройств относят функциональную диспепсию, синдром раздраженного кишечника, абдоминальную мигрень, функциональную абдоминальную боль без других специфических проявлений. Установлено, что большинство пациентов детского возраста, страдающих ФАБР, имеют низкую обеспеченность витамином D.

Цель работы. Оценка эффективности дополнительного приема водного раствора холекальциферола в отношении снижения частоты рецидивов ФАБР у детей.

Материалы и методы. На базе ООО «Медицинский центр Гастро-лайн г. Донецка» обследовано 80 пациентов старшего школьного возраста с ФАБР, которые были разделены на две клинические группы по 40 человек в каждой. Пациентам основной группы после проведенного одномесечного комплексного лечения и купирования основных симптомов заболевания была назначена саплементация водного раствора холекальциферола в дозировке 2000 МЕ/сутки ежедневно курсом 6 месяцев. Пациенты группы

сравнения получали в течение 6 месяцев плацебо. Результаты эффективности саплементации оценивались через 6 месяцев путем оценки частоты рецидивирования симптомов ФАБР.

Результаты исследования. При контрольном визите в основной группе рецидив расстройства был отмечен у 12 (30,0±7,2%) детей, что было статистически значимо меньше ($p < 0,001$) относительно пациентов группы сравнения – у 30 (75,0±6,8%).

Установлено, что у детей, которых обострение расстройства за период наблюдения отмечалось 1-3 раза, в основной группе было 9 (22,5±6,6%), а в группе сравнения – 13 (32,5±7,4%). С частотой симптомов 4-6 раз в основной группе было 3 (7,5±4,2%) ребенка, что было статистически значимо ($p < 0,05$) меньше относительно детей группы сравнения – 12 (30,0±7,2%) пациентов. Более 6 рецидивов не было установлено ни у одного ребенка основной группы. Детей с 7-10 рецидивами в группе сравнения было 5 (12,5±5,2%).

Среди основных симптомов, характеризующих обострение заболевания, у пациентов основной группы абдоминальная боль отмечалась у 8 (20,0±6,3%) детей, у 4 (10,0±4,7%) – тошнота, а у 6 (15,0±5,6%) – вздутие живота. У 6

(15,0±5,6%) пациентов рецидив абдоминальной боли сочетался с диареей. При оценке степени тяжести болевого синдрома среди пациентов основной группы – у 3 (7,5±4,2%) детей установлена легкая его степень, а у 5 (12,5±5,2%) умеренная степень.

В группе сравнения абдоминальная боль отмечалась у всех пациентов с рецидивом расстройства – 30 (75,0±6,8%) детей, что является статистически значимо ($p < 0,05$) больше относительно основной группы. При этом сильная абдоминальная боль регистрировалась у 8 (20±6,3%) пациентов, умеренная – у 16 (40,0±7,7%), а легкая степень тяжести – у 6 (15,0±5,6%). Изменения характера стула выявлено у 16 (40,0±7,7%)

детей группы сравнения: запор – у 3 (7,5±4,2%), диарея – у 13 (32,5±7,4%) пациентов. Вздутие живота регистрировалось за период наблюдения у 15 (37,5±7,7%) детей группы сравнения, а тошнота – у 8 (20,0±6,3%). Все симптомы у пациентов группы сравнения регистрировались статистически значимо ($p < 0,05$) чаще относительно детей основной группы.

Выводы. Таким образом, саплементация водного раствора холекальциферола в дозе 2000 МЕ/сутки курсом 6 месяцев позволяет снизить частоту рецидивов ФАБР и выраженность основных клинических симптомов расстройства у детей старшего школьного возраста.

Налетов А.В., Мацынина Н.И., Чалая Л.Ф., Лянник В.А., Фролова И.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ – РИСКИ ДЛЯ БУДУЩЕГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Родоразрешение путем кесарева сечения (КС) на сегодняшний день позволяет решить многие акушерские проблемы, связанные с осложненным течением беременности и родов, спасая множество жизней матерей и детей. КС является одним из самых древних оперативных вмешательств в истории человечества. В последние десятилетия отмечается тенденция в резком увеличении частоты КС в странах с высоким уровнем развития (до 60-80% от общего количества родов). В целом, за последние 25 лет отмечен резкий рост частоты КС в мире с 6,7 до 19,1%. Совершенствование техники операции, а также методик регионарной анестезии способствовало возникновению такого явления, как КС «по желанию женщины» при полном отсутствии медицинских показаний к данному способу родоразрешения. Позиции ВОЗ, представленные в 2015 г., указывают на то, что частота КС выше 10% на популяционном уровне не приводит к снижению показателей материнской и перинатальной смертности.

Многочисленные научные исследования указывают на то, что у детей, рожденных путем КС, в будущем увеличивается риск развития целого ряда аллергических, метаболических, аутоиммунных заболеваний. Одним из пусковых факторов в данном случае рассматривается нарушение процессов колонизации желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) нормальными представителями микробиоты. В ряде исследований установлено, что дети, рожденные путем КС, имеют значительные отличия в составе кишечной микро-

биоты в сравнении с детьми, рожденными после вагинальных родов. Уменьшение разнообразия состава кишечной микробиоты приводит к изменению характера иммунного ответа, повышая риск развития аллергических заболеваний, сахарного диабета I типа, воспалительных заболеваний кишечника, патологии соединительной ткани, аутизма, ожирения. Считается, что различия в составе микробиоты ЖКТ между детьми, рожденными вагинально и путем КС, сглаживаются к возрасту 1-2 лет, однако к этому времени уже проходит много этапов в становлении иммунного ответа, адекватность которых зависит от микробного пейзажа ЖКТ.

Прикладывание ребенка к груди сразу после родов и исключительно грудное вскармливание (ГВ) в первые месяцы жизни является оптимальной стратегией улучшения колонизации ЖКТ ребенка, приводя к снижению риска развития целого ряда заболеваний. Грудное молоко (ГМ) содержит в своем составе определенный спектр бактерий, которые обеспечивают раннюю стимуляцию иммунной системы ребенка, а также обеспечивают адекватную колонизацию ЖКТ на самых ранних этапах ее становления. Дополняют положительные эффекты микробиоты ГМ многочисленные иммунологические компоненты, входящие в его состав (олигосахариды, живые иммунокомпетентные клетки, цитокины, биологически активные пептиды, иммунонутриенты, антиоксиданты, ростовые факторы с противовоспалительным эффектом и т.д.). Все эти компоненты делают ГМ лучшим способом

не только вскармливания, но и продуктом для формирования адекватного иммунного ответа и снижения риска целого ряда заболеваний у детей, рожденных путем КС. В случае невозможности ГВ, эффективным способом улучшения состава кишечной микробиоты у детей считается применение пробиотиков с доказанным профилем безопасности и эффективности в составе молочной смеси.

Таким образом, родоразрешение путем КС

решает ряд проблем осложненной беременности и родов, снижая перинатальную смертность. При этом данный метод родоразрешения влечет серьезные риски для будущего здоровья ребенка, манифестация которых может произойти спустя годы. Оптимизация вскармливания детей, рожденных путем КС, сохранение ГВ является одним из важнейших факторов профилактики рисков отдаленных последствий данного способа родоразрешения.

Налетов А.В., Свистунова Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СОБЛЮДЕНИЯ ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ ДИЕТ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ

Данные о влиянии ограничительных диет на здоровье ребенка в настоящее время противоречивы. Исключение из питания разных видов пищи животного или растительного происхождения в случае неадекватно составленного рациона и отсутствия врачебного контроля не может гарантировать адекватную обеспеченность необходимыми нутриентами растущего организма ребенка и повлечет за собой негативные последствия для его здоровья.

Цель работы. Оценить основные причины, влияющие на соблюдение ограничительных диет в питании ребенка.

Материалы и методы. На базе КУ «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка» обследовано 80 детей младшего школьного возраста, соблюдающих ограничительные диеты. 40 детей, соблюдающих безмолочную диету, составили группу 1, а 40 детей, находящихся на вегетарианском (лакто-вегетарианском) типе питания – группу 2.

Результаты исследования. Анализ причин использования вегетарианского типа питания у детей, установил, что в большинстве случаев инициатором соблюдения данной диеты ребенком были родители – 77,5±6,6%. Наиболее частой причиной соблюдения вегетарианства была идея родителей об оздоровлении и профилактики различных заболеваний – 52,5±7,9%. В 20,0±6,3% семьях отказ родителей от употребления их ребенком мяса и рыбы был связан с этическими причинами. Лишь в двух случаях (5,0±3,4%) причиной вегетарианства были религиозные предпосылки. В 47,5±7,9% случаев оба родителя в семье придерживались вегетарианства, в 27,5±7,1% – лишь мать. В одной семье (2,5±2,4%) родители считали вегетарианство

полезным для ребенка, не изменяя свой рацион питания. В 22,5±6,6% случаев дети самостоятельно отказались от употребления мяса и рыбы – причиной этому были лишь его собственные вкусовые предпочтения. Лишь в 7,5±3,4% случаев родители обращались к педиатру, детскому гастроэнтерологу, диетологу с целью коррекции рациона питания ребенка и возможного назначения сапплементации микронутриентов. В 92,5±6,6% случаев источниками информации о составлении вегетарианского рациона служили научно-популярные сайты, книжные издания, социальные сети.

Анализ причин соблюдения ребенком безмолочной диеты установил, что в 20,0±6,3% случаев дети по собственному желанию отказывались употреблять молочные продукты, а в 80,0±6,3% – это было решением их родителей. Среди причин, которые привели к данному решению, были проявления гастроинтестинальной формы пищевой аллергии на белки коровьего молока у 35,0±7,5% детей. При этом, анализируя данные анамнеза этих детей, установлено, что лишь в 7,5±4,2% случаев диагноз пищевой аллергии был выставлен ребенку, в остальных случаях он скрывался за диагнозом «лактазная недостаточность». У 45,0±7,9% детей соблюдение безмолочной диеты было обусловлено тем, что по рекомендации врача или по собственному желанию родителей ребенку в первые годы жизни был проведен анализ определения полиморфизма С/Т-13910 гена лактазы и по его результатам педиатрами был выставлен диагноз «лактозной непереносимости» назначена бессрочная безмолочная диета. При этом клинические проявления нарушенного переваривания лактозы имели лишь 12,5±5,2% детей. Лишь в 12,5±5,2% семей

родители обращались за консультацией к педиатру для назначения соответствующей саплементации препаратов кальция, витамина D.

Таким образом, решение о соблюдении ограничительных диет ребенком в большинстве случаев принимают его родители. Относительно безмолочной диеты данное решение в 1/3

случаев обусловлено необоснованным назначением ее педиатром. При этом при соблюдении ограничительного типа питания родители лишь в единичных случаях обращаются к врачу для проведения необходимой саплементации микронутриентов и оценки основных показателей развития их ребенка.

Небесная Л.В.

Клинико-диагностическая лаборатория ООО «БИО-ЛАЙН»

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Цель. Оценить возможности современной лабораторной диагностики большинства хронических персистирующих вирусных инфекций для решения спорных вопросов.

Методы и оборудование. В работе использовались:

- анализатор фотометрический иммуноферментный Sunrise «TECAN», анализатор электрохемилюминесцентный Cobas e411, автоматический иммунохимический анализатор Immulite 2000XPi (Siemens Healthcare Diagnostics Products) и система автоматическая ALISEI для проведения иммуноферментного анализа;
- амплификатор детектирующий «ДТ prime» для проведения исследований методом ПЦР;
- микроскоп люминесцентный Primo Star with iLED для проведения исследований методом непрямой иммунофлюоресценции;
- автоматический анализатор иммуноблоттинга «EUROBlot One» и соответствующие тест-системы к ним.

Расширение возможностей в лечении и профилактике вирусных заболеваний с использованием противовирусных препаратов, иммуномодуляторов и вакцин с различным механизмом действия нуждается в быстрой и точной лабораторной диагностике.

Основной проблемой специфической диагностики вирусных инфекций является отсутствие регламентированной унифицированной стратегии и соответствующего алгоритма проведения первичных (скрининговых) и подтверждающих исследований на наличие серологических и генетических маркеров инфицирования в зависимости от целей и задач исследования.

Методы лабораторной диагностики вирусных инфекций:

- прямые (изоляция вируса из клинического материала и его идентификация; определение антигенов или нуклеиновых кислот возбудителя);
- непрямые (серологическая диагностика –

определение антител к возбудителю).

Вирусные гепатиты – группа инфекционных заболеваний, которые вызываются различными гепатотропными вирусами. Вирусы гепатитов В, С и D являются причиной не только острых, но и хронических форм гепатитов, которые связаны с развитием циррозов печени и гепатокарцином.

Поэтому важно идентифицировать этиологический агент для прогноза заболевания и выбора эффективной противовирусной терапии.

Основные представители семейства Herpesviridae (вирусы простого герпеса 1 и 2 типов – ВПГ-1 и ВПГ-2, цитомегаловирус – ЦМВ и вирус Эпштейна-Барр – ВЭБ) могут циркулировать в организме с нормальной иммунной системой бессимптомно, но у людей с иммуносупрессией вызывают тяжелые заболевания со смертельным исходом. Результаты лабораторных исследований показывают высокую значимость определения IgA и IgM к ЦМВ, ВПГ и ВЭБ наряду с детекцией ДНК методом ПЦР, что позволяет улучшить диагностику за счет выявления активных форм инфекций.

Лабораторная диагностика краснухи. Определение IgM применяют для ранней диагностики краснухи. Определение avidности специфических IgG к антигенам вируса краснухи позволяет оценить сроки инфицирования и дифференцировать острую инфекцию от ранее перенесенной.

Лабораторная диагностика кори. Поскольку определение АТ IgM методом ИФА обладает максимальной чувствительностью между 4-м и 28-м днями от момента появления сыпи, то исследование образца крови, полученного в эти сроки, считается адекватным для диагностики кори. Для определения напряженности иммунитета к вирусу кори ВОЗ рекомендует применять выявление антител IgG в сыворотке крови методом ИФА.

Выводы. Методы лабораторных исследований должны соответствовать клинической кар-

тине заболевания. В настоящее время в клинико-диагностических лабораториях существуют возможности для современной полноценной

диагностики большинства хронических персистирующих вирусных инфекций.

Нестеренко З.В.

С.-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ РУКОВОДСТВ

Актуальность проблемы: унифицированный подход к диагностике и лечению бронхиальной астмы (БА) с использованием Руководства GINA с 2000 года значительно изменил тактику ведения больных. По мере накопления результатов исследований внедрения новых диагностических и терапевтических методик, предлагаемых GINA, в Руководство, с целью улучшения качества жизни пациентов, вносились поправки.

Цель работы: изучить особенности клинического течения БА у детей на разных этапах внедрения GINA (до 2010гг. и до 2019гг.).

Материал и методы: под наблюдением находились дети с 1 года до 18 лет в период с 2006 до 2010гг.- 132 ребенка (1 исследуемая группа); до 2019 г. – 52 больных (2 исследуемая группа). Проведено сравнение частоты степени тяжести БА на каждом из этапов, проявлений коморбидной патологии, формирования осложнений. Диагностика БА осуществлена на основании принятых протоколов. При установлении внебольничной пневмонии (ВП) использовались дополнительные методы исследования для уточнения этиологического фактора (иммуноферментный анализ-ИФА). В статистической обработке результатов применено вычисление достоверности разности относительных величин(t).

Результаты: легкое интермиттирующее течение БА в 1 группе имело место в 1,5 раза реже, чем во второй (58,4%-88,5%); среднетяжелое персистирующее- достоверно чаще ($p < 0,005$)- 41,6%-11,5%, соответственно. Частота установления диагноза в первый год наблюдения в 1 группе в 1,6 раза реже, чем во второй – 53,8,4%-88,5%; а диагностика астмы после 2-х и более лет проявления симптомы заболева-

ния достоверно чаще ($p < 0,001$) в первой, чем во второй группе (46,2%-11,5%). Из коморбидных заболеваний ВП, вызвавшая обострение БА, отмечена в 1,4 раза чаще во второй группе(85,1%-52,2%); аллергический ринит(АР) в 2,6 раз чаще был у пациентов 2 группы (44,2%-16,7%); атопический дерматит имел место почти одинаково в обеих группах: 18,2%-17,3%. Этиология ВП представлена микоплазменной инфекцией (МПИ) незначительно чаще во второй группе (85,1%-61,1%); как и герпесвирусная инфекция (цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барр)-62,9%-28,4% (в 2,2 раза). Хламидийная инфекция (ХИ)-чаще выявлена в 1 группе – 16,6%-14,8%. Сочетание инфекционных факторов у пациентов с ВП доминировало у 2 группа пациентов – 51,9%-37,3%. У больных с БА и ВП формирование легочной гипертензии(ЛГ) выявлено одинаково часто в обеих группах: 34,1%- 34,6%; признаки пневмофиброза(ПФ) несколько чаще отмечались в 1 группе(15,1%-11,5%).

Выводы:1. Использование в диагностике рекомендаций GINA позволило выявлять БА у детей в первый год появления симптомов, снизить тяжесть проявления симптомов заболевания

2.Применение таргетной противомикоплазменной терапии ВП, вызывающих обострение БА у детей, снизило частоту микоплазменной этиологии пневмоний.

3.Частота случаев формирования пневмофиброза у детей с БА уменьшилась.

Применение рекомендаций GINA оказало существенную помощь в ранней диагностике астмы у детей с назначением адекватной терапии, что позволило снизить степень тяжести заболевания и число осложнений.

*Махмутов Р.Ф., Бобровицкая А.И., Шабан Н.И., Настобурко В.В.**

ГОО ВПО ДОННМУ им. М. ГОРЬКОГО,
ГДКБ№2 г. Донецк*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Согласно данным литературы в 92% случаев инфекционный мононуклеоз (ИМ), заподозренный по клиническим проявлениям у детей старше 4 лет, как правило, подтверждался лабораторными методами. Классическим клинико-лабораторным проявлением ИМ является лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом (специфичность – 85%) в сочетании с появлением более 10% атипичных мононуклеаров – преимущественно CD-8 Т-лимфоцитов (специфичность – 92%).

Цель работы: явилось изучение особенностей интерпретации клинических и лабораторных тестов диагностики ИМ у детей, проживающих в г. Донецк.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 89 детей с первичной формой Эпштейна-Барр вирусной инфекцией (ЭБВИ) – ИМ в возрасте от 1 года до 17 лет включительно. Детей раннего возраста было 13,4%, 3-7 лет – 46,0%, 7-14 лет – 19,1%, подростков – 21,5%. Заболевание протекало в легкой форме у 32,5%, среднетяжелой у 52,8% и тяжелой – у 14,7%. Комплексное обследование детей при ЭБВИ включало клинико-лабораторные методы диагностики.

Результаты и их обсуждения.

Первичная форма ЭБВИ это многоликое, чрезвычайно вариабельное и сложное для диагностики заболевание. Основными синдромами болезни являются лихорадка, полиадения, увеличение лимфатических узлов, селезенки и печени, воспалительные явления в глотке. Дополнительными симптомами явились общее недомогание, боли и першение в горле, чувство оглушенности и заложенности в ушах, носовой оттенок голоса, кратковременное повышение температура тела от 9 до 14 дней. Изменения в гемограмме у данных детей отмечались в лейкоцитарной формуле. Оценка общего реактивного потенциала организма у детей осуществлялась путем изуче-

ния показателей: нагрузочно-эритроцитарный коэффициент (НЭК), клеточно-фагоцитарный показатель (КФП), иммуно-лимфоцитарный потенциал (ИЛП), аллергическую настроенность организма (АНО). Определение уровня вирусспецифических антител к Эпштейна-Барр вирусной инфекции в сыворотке крови: IgM VCA/Ig G VCA/Ig G EBNA отражает серологический профиль первичной формы Эпштейна-Барр вирусной инфекции. Установлено, что 66,3% дети находились в периоде ранней первичной инфекции так как имели соответствующий серологический профиль IgM VCA/IgG VCA/IgG EBNA (+/-/-), остальные дети в периоде позднего периода инфицирования, которому соответствовали следующие профили: IgM VCA/IgG VCA/IgG EBNA (+/+/-) в 26,9% случаев; (+/+/-) – в 6,8%. Репликативная активность Эпштейна-Барр вирусной инфекции установлена методом ПЦР в плазме крови у 75,2% детей, в слюне – у 97,7%.

Выводы. Показатели расширенной гемограммы модифицированный ЛИИМ, ИЛЛ, ИЛГ следует использовать в качестве индикаторов экспресс диагностики первичной формы ЭБВИ, так как отражают компенсированную эндогенную интоксикацию и выраженный вирусный характер воспалительного процесса у детей. Увеличение НЭК и повышение АНО отражают наличие активного воспалительного процесса и аллергической настроенности организма, снижение КФП – возможность генерализации патологического процесса. Сохранение ИЛП на физиологическом уровне позволяет определить способность организма адекватно ответить на антигенное раздражение и предотвратить неблагоприятный исход болезни, что подтверждает доброкачественный характер течения ИМ у детей. Определение уровня вирусспецифических антител к ЭБВ в сыворотке крови: IgM VCA/Ig G VCA/Ig G EBNA позволяет определить периоды первичной формы ЭБВИ.

Нестеров В.В., Гришечкин В.Ю., Третьяков В.А.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

СЕПСИС У ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Ожоговая травма среди всех видов травматизма по частоте встречаемости занимает третье место. В последние годы отмечается увеличение количества пациентов с обширными ожогами. Ожоговая травма остается существенной проблемой медицинского и экономического характера, так как пациенты с ожоговой болезнью очень склонны к высокой частоте осложнений и высокой летальности. Более того, лечение ожоговых больных дорогостоящее, требует длительной госпитализации, реабилитации и последующей коррекции рубцов.

На исход ожоговой травмы будут оказывать влияния развитие различных инфекционных осложнений, несвоевременное и неэффективное оказание медицинской помощи, что в конечном итоге значительно увеличивает вероятность фатального исхода при сочетании факторов.

Инфекционные осложнения являются одной из наиболее частых причин смерти у пациентов, получивших ожоги различной степени тяжести. В первую очередь ожоговый сепсис следует рассматривать как генерализованное инфекционное осложнение, развивающееся на фоне термической травмы.

Целью исследования стала оценка неблагоприятных исходов у пациентов с ожоговой травмой, осложнённой сепсисом.

Проведя анализ 600 архивных историй болезни, было отмечено, что осложнения течения ожоговой болезни сепсисом выявляется в 38% случаев (228). Смертность среди пациентов от данного осложнения составила 68% (155). При этом смертность зависит от площади поражения ожогами и площади глубоких ожогов. В связи с этим данные пациенты были разделены на две соответствующие группы, где их количество составило: для 1-ой группы – 142 пациента, для 2-ой группы – 86 пациента.

С помощью пакета прикладных статистических программ SPSS Statistics определяли анализ выживаемости пациентов log-rank тестом. Данные исследования были представлены в виде Exp (B) – экспонента B, которая отражает отношение рисков (Hazard ratio – HR). Для данного показателя выявляли 95% доверительный интервал (95% ДИ). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,001$.

При проведении однофакторного анализа HR каждого из состояний пациентов с различной площадью ожогов составило: для 0-19% 2,082 (ДИ 95% 1,496-2,897; $p < 0,001$); для 20-39% 1,459 (ДИ 95% 1,234-1,724; $p < 0,001$); для 40-59% 1,307 (ДИ 95% 1,173-1,458; $p < 0,001$); для 60-100% 1,468 (ДИ 95% 1,284-1,680; $p < 0,001$).

При проведении однофакторного анализа HR каждого из состояний пациентов с различной площадью глубоких ожогов составило: для 0-19% 2,438 (ДИ 95% 1,652-3,596; $p < 0,001$); для 20-39% 1,588 (ДИ 95% 1,291-1,953; $p < 0,001$); для 40-59% 1,403 (ДИ 95% 1,148-1,714; $p < 0,001$); для 60-100% 1,423 (ДИ 95% 1,149-1,761; $p < 0,001$).

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: ведущей причиной смерти пациентов с ожоговой травмой является осложнение её течения сепсисом;

смертность пациентов прямо пропорционально площади поражённой поверхности и площади глубины поражений; летальность выше при глубоких площадях поражения в сравнение с таким же процентным поражением поверхности тела; показатель каждого процентного поражения площади поверхности и глубины тела превышает показатель, заданного события вследствие чего полученная ожоговая травма с любым показателем поражения площади поверхности и глубины тела будет являться фактором, предрасполагающим к её осложнению сепсисом и развитием неблагоприятного исхода.

Николенко В.И., Статинова Е.А., Никитенко Д.В., Сохин С.А., Никитенко С.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПОРАЖЕНИЮ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ: НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НЕФРОПАТИИ

В настоящее время известно более 60 генетических заболеваний, прямо или косвенно влияющих на мочевыделительную систему. Распространенность, в частности, наследственного нефрита в России – выявляется у 0,017% детей, по данным зарубежных специалистов в сфере нефрологии, составляет 0,01-0,02% и в структуре всех нефропатий генетически детерминированные составляют 16-20%. На долю аномалий органов мочеполовой системы приходится более чем 30% случаев врожденных аномалий человека. Целый ряд врожденных, в том числе генетически детерминированных нефропатий манифестирует в раннем возрасте, и некоторые из них могут быть причиной опасных для жизни состояний, с которыми сталкиваются неонатологи, педиатры, урологи, нефрологи, генетики и врачи других специальностей. Своевременное выявление наследственных нефропатий позволяет установить окончательный диагноз и облегчает дифференцировку с ненаследственными нефропатиями и имеет проспективное значение. Вышеизложенное объясняет актуальность и социально-экономическую значимость данной проблемы.

Целью данной работы явилось: изучить группу наследственных заболеваний с поражением мочевыделительной системы, ассоциированных с повреждением клубочкового аппарата и паренхимы почек.

Проведенный нами анализ данных литературы показал, что среди наследственных заболеваний почек наиболее частыми и «маскирующимися» под ненаследственную патологию являются наследственные нефриты и составляют 15% от общего числа гломерулонефритов. В группу наследственных нефритов входят такие заболевания как: синдром Альпорта и болезнь тонких базальных мембран (БТБМ). Синдром Альпорта встречается у 1 новорожденного на 10 тыс, болезнь тонких базальных мембран диагностируется менее чем у 1% населения. Классический синдром Альпорта (сцепленный с X-хромосомой) вызван мутацией COL4A5, а аутосомные варианты –

мутациями COL4A3 и COL4A4. Во всех случаях нарушается синтез коллагена типа IV, являющегося основным белком для функционирования базальной мембраны клеток (БМК), хрусталика и улитки. Поскольку БМК представляет собой сеть тримерных молекул коллагена, из α3-, α4- и α5-цепей, мутация COL4A5 нарушает процесс формирования коллагеновой сети. При болезни тонких базальных мембран также обнаруживаются мутации генов, кодирующих α3 – или α4 цепи коллагена типа IV. Большинство пациентов гетерозиготны по дефектному гену, т.е. являются его носителями. У гомозигот клиническая картина напоминает аутосомно-рецессивный синдром Альпорта. При гомозиготности или сложной гетерозиготности заболевание может прогрессировать до почечной недостаточности. Диагноз и дифференциальный диагноз. При диагностике синдрома Альпорта и БТБМ следует прежде всего учитывать семейный анамнез, а также – молекулярно-генетический анализ, который может подтвердить наличие синдрома Альпорта или БТБМ, и позволит дифференцировать данные заболевания от остальных гломерулопатий. В настоящее время наиболее доступным методом, позволяющим не только отличить синдром Альпорта и БТБМ от другой гломерулярной патологии, но и более-менее надежно дифференцировать эти состояния между собой остается электронно-микроскопическое исследование нефробиоптатов.

Таким образом, при семейной гематурии в семейном анамнезе отсутствии нарушения слуха и зрения, а также почечной недостаточности следует заподозрить наследственную, генетически детерминированную нефропатию (БТБМ, синдром Альпорта). Для подтверждения диагноза и дифференцировки от других гломерулопатий следует проводить электронную микроскопию биоптата почек, проводить медико-генетическое консультирование и проводить скрининг пациентов с наследственными заболеваниями мочевыделительной системы для поиска мутаций в нескольких генах.

Николенко О.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАРУШЕНИЯ В КЛЕТОЧНОМ ЗВЕНЕ ИММУНИТЕТА У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Цель исследования: исследовать основные класты лимфоцитов с поверхностными рецепторами типа CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+.

Материал и методы. Больные хронической обструктивной болезнью легких (n=286), находившиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделении Республиканского центра профпатологии и реабилитации (РЦПиР) г. Донецка. Контрольную группу составили относительно здоровые горнорабочие, длительно контактировавшие с пылью (n=47). Микроскопию препаратов осуществляли с помощью люминесцентного микроскопа МИКМЕД-2. Вычисляли процентное содержание и абсолютное количество клеток, несущих исследуемый рецептор.

Результаты исследования. При обследовании больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) пылевой этиологии горнорабочих угольных шахт выявлено снижение процента лимфоцитов с CD3+ рецепторами по сравнению со здоровыми горнорабочими (62,87±8,92% и 74,78±5,83% соответственно). Между данными группами различия статистически достоверны (St=8,77, p<0,00001). Уровень Т-хелперов (CD4+) несколько снижен в крови больных ХОБЛ (41,20±5,39%) в сравнении со здоровыми горнорабочими (44,97±6,30%). Различия между исследуемыми группами являются статистически достоверными (St=4,24, p<0,0001). Показатель уровня Т-супрессоров

(CD8+) несколько повышен у больных ХОБЛ (25,58±3,84%) в сравнении со здоровыми горнорабочими (22,80±4,58%). Различия между представленными группами являются статистически достоверными (St=4,36, p<0,0001). Уровень NK-киллеров в крови (CD16+) несколько снижен у больных ХОБЛ (17,19±3,22%) по сравнению со здоровыми горнорабочими (18,48±4,60%). Между данными группами различия являются статистически достоверными (St=2,32, p=0,02). Процент В-лимфоцитов (CD22+) в сыворотке крови больных ХОБЛ – 18,66±5,56% по сравнению со здоровыми горнорабочими – 17,70±3,64%. Различия между данными группами по уровню статистически недостоверны, так как p>0,05.

При исследовании соотношения Т-хелперов к Т-супрессорам (CD4+/CD8+) у больных хронической обструктивной болезнью легких незначительно ниже соотношения CD4/CD8 у здоровых горнорабочих (1,63±0,26 и 2,02±0,38 соответственно). Различия между представленными группами являются статистически достоверными (St=8,37, p<0,00001).

Выводы. У больных ХОБЛ пылевой этиологии снижено количество Т-хелперов и повышено количество Т-супрессоров, соотношение CD4+/CD8+ снижалось, уровень лимфоцитов с CD16+ и CD3+ снижался. Приведенные выше нарушения в клеточном звене иммунитета говорят об иммуносупрессии у больных с ХОБЛ.

Николенко О.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАРУШЕНИЯ В ГУМОРАЛЬНОМ ЗВЕНЕ ИММУНИТЕТА У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Цель исследования: исследовать уровень иммуноглобулинов у горнорабочих с хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы. Больные хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) (n=286), находившиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделении Республиканского центра профпатологии и реабилитации (РЦПиР) г. Донецка. Контрольную группу составили от-

носительно здоровые горнорабочие, длительно контактировавшие с пылью (n=47). Иммуноглобулины классов А, М, G, Е в сыворотке крови определяли по модифицированной методике G. Mancini. Расчеты проводили с помощью лицензионных пакетов «Statistica 7» (Start Soft Rus) и «Stadia 6.1». При статистической обработке материала использовали параметрический критерий Стьюдента (S) и достоверность статистиче-

ских показателей (р).

Результаты исследования.

Уровень IgM – показатель гуморального иммунитета у больных хронической обструктивной болезнью легких, превышает уровень IgM у здоровых горнорабочих более чем в 2 раза ($2,15 \pm 2,69$ и $0,92 \pm 0,28$ г/л соответственно). Между данными группами различия статистически достоверны ($St=3,12$, $p=0,001$). Показатель уровня IgG несколько снижен у больных хронической обструктивной болезнью легких ($10,13 \pm 4,12$ г/л) в сравнении со здоровыми горнорабочими ($11,84 \pm 1,47$ г/л). Различия между исследуемыми группами по уровню IgG являются статистически достоверными ($St=2,79$, $p=0,005$).

При исследовании уровня IgA у больных хронической обструктивной болезнью легких горнорабочих угольных шах и здоровых горнорабо-

чих не наблюдалось статистически достоверных отличий ($1,94 \pm 1,49$ и $1,97 \pm 0,57$ г/л соответственно). Различия между исследуемыми группами по уровню IgA статистически недостоверны, так как $p > 0,05$.

Уровень IgE иммунитета у больных хронической обструктивной болезнью легких превышает уровень IgE у здоровых горнорабочих более чем в 1,5 раза ($179,83 \pm 16,87$ и $98,370 \pm 20,31$ МЕ/мл соответственно). Различия между исследуемыми группами по уровню IgE являются статистически достоверными ($St=3,43$, $p < 0,001$).

Выводы. Наблюдались нарушения в гуморальном звене иммунитета больных ХОБЛ горнорабочих угольных шахт. Приведенные выше данные свидетельствуют об частых обострениях у больных ХОБЛ и развитии аллергической реакции.

Никонова Е.М., Лашина И.М., Шатохина Я.П., Некрасов Ю.И.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск

ПРОБЛЕМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРИОД ОСОБОГО САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО РЕЖИМА

В последние годы одним из основных методов освоения профессиональных компетенций в медицинском образовании стали симуляционные технологии. Симуляция включает комплекс мероприятий, направленных на выработку практических навыков, алгоритмов и коммуникаций. Применение манекенов в обучении студентов приводит к хорошему усвоению теоретической части и овладению практическими навыками, которые необходимы каждому молодому специалисту в практической деятельности.

В текущем учебном году мы столкнулись с ситуацией сохранения рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Все эти вызовы потребовали срочного организационного реагирования для обеспечения реализации образовательных программ профессионального обучения (без изменения учебных планов и календарных учебных графиков) с соблюдением установленных санитарных противоэпидемических требований и внедрения дистанционного обучения в ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» в условиях введения режима повышенной готовности. Поддержание и обеспечение качественного учебного процесса в период дистанционного обучения, связанного с распространением инфекции нового типа, стало актуальной задачей кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицин-

ской помощи.

Мультимедийные ресурсы не заменяют преподавателя и учебники, но в то же время создают принципиально новые возможности для усвоения материала: есть возможность широко использовать технологии интерактивного обучения, современные компьютерные средства, презентации в онлайн режиме, электронные методические пособия и учебники.

Практические занятия с использованием компьютерных технологий позволяют сделать их более интересными, продуманными, мобильными, но требуют от преподавателя больших затрат времени и энергии на модификацию проведения учебного процесса. Эффективность симуляционного обучения студентов на сегодняшний день не подвергается сомнению и доказана многими исследованиями. В качестве альтернативы очного освоения практических навыков в условиях ограничений, предполагается применение информационно-коммуникационных технологий. Однако, освоение практических навыков студентами в условиях дистанционного формата базируется в основном на самосознании обучающихся и их высокой мотивации к приобретению профессиональных компетенций. Это выглядит в виде онлайн общения с преподавателем, определения исходного уровня знаний по данной проблеме, обсуждения спорных во-

просов, просмотра видеороликов, выполнения навыков в прямом эфире инструкторами, однако элемент завершенности процесс обучения приобретает лишь при регулярном закреплении и повторении практических навыков (умений) на симуляторах и манекенах.

Тем не менее, существуют и преимущества системы дистанционного образования для студентов: доступность; модульность; высокая степень интерактивности; динамичность доступа

к информации; возможность самоконтроля; активная справочная система; мультимедийность представления информации; возможность многократных повторений; усиление мотивации; высокая наглядность; развитие в процессе обучения; отсутствие «ошибкобоязни»; выбор личной образовательной траектории; возможность прохождения материала в индивидуальном темпе; конфиденциальность.

Никулина Е.Э., Чуков А.Б., Гольцман И.Ю., Сергиенко М.В.

Дорожная клиническая больница станции Донецк

СТРАХИ: ИХ АКТУАЛИЗАЦИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Актуальность данной проблемы состоит в том, что в период пандемии COVID-19 на первый план в психологическом влиянии на ее человека выходят следующие факторы: неопределенность по времени течения заболевания, ограниченность действий, угроза жизни и здоровью населения. Все эти факторы способствуют возникновению длительно сохраняющихся страхов, с высокой вероятностью впоследствии перерасти в посттравматическое стрессовое расстройство.

Цель. Изучение научной литературы в области психологического исследования влияния страхов на психику человека в период эпидемии коронавируса.

Содержание. Большой энциклопедический словарь трактует страх как отрицательную эмоцию в ситуации реальной или воображаемой опасности.

На сегодняшний день существует множество классификаций страхов, по одной из которых ученые выделяют как минимум 5 видов страхов: страх эпидемий, страх социальной изоляции, страх иметь детей, страх полной виртуализации социальной жизни, страх вмешательства в геном человека.

Нами была проанализирована научная литература о проявлении данных видов страха в период пандемии COVID-19. Этой проблематикой занимаются Д. Шилаева, К. Пушко, Е. Смирнова и другие ученые.

Так, изучением развития страхов пандемий и рождения детей в период COVID-19 занимается психолог Д. Шилаева. По ее мнению, страх пандемий основывается на базовом страхе смерти. В результате исследования ею были получены следующие данные, что из-за угрозы жизни страх перед пандемией коронавируса испытывает около 30% населения планеты, а еще у 10% людей

этот вид страха вызвал состояние стресса. Д. Шилаева выделяет и еще один вид страха, который формируется у молодого поколения (19-30 лет) – иметь детей: каждый восьмой опрошенный выражал озабоченность по этому поводу в связи с тем, что данная эпидемия может угрожать нормальному протеканию беременности и, как следствие – способствовать рождению детей с патологией.

Немалый интерес у ученых вызывает и исследование развития страха социальной изоляции в период пандемии. По мнению авторитетного медицинского журнала «Lancet» чем больше продолжительность карантина, тем выше вероятность избегающего и агрессивного поведения; трансформации страхов в посттравматические стрессовые симптомы. Утрата привычного образа жизни, проблемы в реализации базовых потребностей (покупка всего необходимого), противоречивая и недостаточная информация – всё это способствует развитию страха социальной изоляции. Такого же мнения придерживается и К. Пушко. Также, данный исследователь отмечает и широкое распространение страха полной виртуализации жизни. По мнению ученого особенно ярко отмечается его развитие у поколения в возрасте более 60 лет (у 60% опрошенных), часто по причине отсутствия навыков работы с компьютером и, как следствие, возникающим психологическим барьером.

Страх вмешательства в геном человека также активно проявляется в период пандемии COVID-19. Е.Смирнова отмечает, что 15% людей беспокоит, что вирус COVID-19 встроится в их ДНК и каким-то негативным образом впоследствии повлияет на их здоровье.

Выводы. Таким образом, изучив научную литературу, приходим к следующим выводам: во-первых, в период новой коронавирусной инфек-

ции у населения проявляются в высокой степени все основные виды страхов; во-вторых, эпидемия COVID-19 является новой для цивилиза-

ции, в связи с этим, влияние данной пандемии на психику человека и отдаленные последствия требуют дальнейшего научного изучения.

Носкова О.В. , Чурилов А.В. , Свиридова В.В., Клецова М.И., Смолякова Я.А.

ОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Критическое состояние здоровья детей связано с жизнью в состоянии хронического стресса в условиях военных действий, рост хронических заболеваний в детском возрасте и обесценивании здорового образа жизни (ЗОЖ). Группу наибольшего риска ухудшения репродуктивного здоровья составляют дети, с отсутствием ЗОЖ. Результаты свидетельствуют о главном влиянии образа жизни на показатели качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем подростков. Поэтому субъективная оценка КЖ определяется степенью нарушений репродуктивного здоровья подростка.

Цель: изучить качество жизни подростка и его влияние на репродуктивное здоровье.

Материалы и методы: Обработаны медицинские карты и данные анкетирования 156 подростков в возрасте от 14 до 19 лет, из них 98 девочек и 67 мальчиков, II и III групп здоровья, учащихся средних школ Донецка, группу сравнения составили 52 подростка (19 мальчиков и 33 девочки) аналогичного возраста I группы здоровья, не имеющие вредных привычек. На базе отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДОКТМО был проведен гинекологический осмотр всех обследуемых. Была использована анкета А.Г. Иванова, А.А. Баранова. Оценивали характер питания, прием витаминов, наличие психотравмирующих ситуаций, отношение к учебе, физическую активность, вредные привычки. Нарушения становления репродуктивной функции у девочек-подростков диагностировали по данным гинекологического осмотра. КЖ изучено при помощи опросника MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), сертифицированного для детей 14 лет и старше, рекомендуемого для проведения исследований здоровых и имеющих хронические заболевания лиц. По результатам анкетирования проводили расчет 8 параметров: физическое функционирование (ФФ); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ); интенсивность боли (телесная боль) (Б); общее состояние здоровья (ОЗ); жизненная активность (ЖА); социальное функционирование (СФ); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ); психическое здоровье (ПЗ). Статисти-

ческую обработку проводили с применением методов математической статистики, программ Microsoft Excel 2003, Statistica 6,0. Нормальность распределения данных проверяли критерием Шапиро-Уилки. Цифровые данные обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической величины (М), средней ошибки среднего арифметического отклонения (m), стандартного отклонения (σ). Достоверность различий средних значений количественных данных, влияние образа жизни на показатели КЖ, значимость гендерных различий оценивали с помощью непараметрических критериев: χ^2 , Спирмена (R), U (Манна-Уитни). Результаты: В результате тестирования выявлено: 2/3 юношей-подростков и 3/4 девушек имеют отклонения в состоянии здоровья соответствующие II группе. Детские инфекции (ветряная оспа, корь, краснуха, скарлатина) в основной группе перенесли 45,8% мальчиков и 59,3% девочек, в группе сравнения – 37,5% юношей и 19,8% женщин ($p < 0,5$). Среди вредных привычек курят 22,9% юношей и 31% девушек II группы, в III группе – 21,7 и 19,6% юношей и девушек соответственно, внутрigrupповые и гендерные различия статистически недостоверны ($p > 0,05$). Хронический гастрит (ХГ) и гастродуоденит (ХГД) чаще отмечались у девушек (13,2%) чем у юношей (5,6%) ($p = 0,05$). Заболеваемость ХГ и ХГД была выше при нерегулярном питании у девушек – в 56% случаев ($p < 0,05$). Заболевания сердца имели место у 5,62% мальчиков, в сравнении с 0,47% у девочек ($\chi^2 = 8,5$, $df = 1$, $p < 0,05$).

Выводы: Хронические заболевания приводят к нарушению в репродуктивной системе девочек-подростков. Профилактика снижает распространенность нарушений становления репродуктивной функции, а значит оптимизации КЖ. Оценка КЖ юношей выше в сравнении с девушками. При возникновении соматических заболеваний у подростков снижается ФФ, ЖА, стираются гендерные отличия по параметру Б и СФ. КЖ может быть использовано как критерий в комплексной оценке состояния репродуктивного здоровья подростков. Улучшение репродуктивного здоровья должно быть направлено на пропаганду ЗОЖ.

Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Клецова М.И., Смолякова Я.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИНТЕГРЬНОСТЬ

Беременность требует от любой женщины повышенной готовности и ответственности за новую жизнь, все это детерминирует высокий уровень тревожности беременных женщин, требуя комплексного медико-психологического сопровождения и психопрофилактики. Психологи считают, что женщина сама в состоянии себе помочь повысить порог болевой чувствительности на основе самопознания, осознания того, что происходит «здесь и сейчас».

Цель исследования: разработка предложений по психопрофилактике и коррекции тревожных состояний беременных женщин в условиях патронажа.

Выборочная совокупность настоящего исследования представлена беременными женщинами, наблюдаемыми в условиях отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДОК-ТМО в количестве 50 человек в возрасте от 16 до 42 лет.

Методы исследования были: формирующий эксперимент, наблюдение, беседа, анкетирование. Для диагностики уровня изучаемых параметров применялись: методика диагностики самооценки уровня личностной и реактивной тревожности И.У. Спилберга и Ю.Л. Ханина; диагностика межличностных отношений Т. Лири; оценка уровня тревожности по шкале Дж. Тейлора; исследование психологического состояния женщин во время беременности – тест «Фигуры». Результаты исследований обработаны с помощью программы «Описательная статистика», коэффициент достоверности по Стьюденту. При анализе полученных данных оказалось, что в контрольной и экспериментальной группах в исходном состоянии преобладает средний уровень тревожности.

После психокоррекции в экспериментальной группе преобладающим оказался низкий уровень тревожности у 52% женщин, в то время как в контрольной группе умеренный уровень тревожности составил 59%, высокий уровень не изменился и составил 28%, а низкий 13%, т.е. практически не изменились, что подтверждает воздействие психокоррекционных мероприятий. В результате исследований выяснилось, что в экспериментальной и контрольной группах ведущим при исследовании РТ и ЛТ до коррекции является умеренный уровень проявлений этих показателей в основной группе 48 и 44, в то время как по результатам психокоррекции в экспериментальной группе показатели РТ

и ЛТ снижались от высокого, возрастая к умеренному и низкому уровням тревожности женщин 40 и 16 РТ и 48 и 36 ЛТ. При исследовании межличностных отношений по методике Лири в обеих группах женщин снизилась от исходного уровня подозрительность у сравнительно большего числа женщин контрольной группы. Обнаруженные проявления подозрительного, зависимого, альтруистического пребывания во время беременности, чьи внимание и ожидания связаны не только со своим состоянием, но также зависят от эмпатии со стороны персонала на этапе появления новой жизни, подтверждает необходимость и результативность психокоррекционных мероприятий.

Результаты исследования психологических состояний женщин во время беременности по методике «Фигуры» свидетельствуют о готовности к материнству большинства женщин (64%) экспериментальных групп; снижении тревожно-амбивалентного отношения у значительного числа (36%) женщин при отсутствии игнорирующего типа женщин в этой группе. В контрольной группе по готовности к материнству изменений не произошло, при увеличении числа женщин (60%) с тревожно-амбивалентным отношением к происходящему и увеличившегося числа женщин, заинтересовывающихся в происходящей жизнедеятельности при 8% игнорирующего их типа.

Показатели состояния женщин экспериментальных групп, где принимались психокоррекционные мероприятия беременным женщинам путем воздействия на когнитивный, эмоциональный и поведенческий уровни, показали благоприятное влияние на состояние здоровья во время беременности и послеродовом периоде.

Выводы: В результате проведенного исследования доказана необходимость своевременной психодиагностики, коррекции и профилактики специфического поведения беременных женщин. Отклоняющиеся от нормы показатели реактивной и личностной тревожности, а также преобладание высокого и среднего уровня тревожности, явились обоснованием для оздоровления матери, ребенка. Проведение психокоррекционных мероприятий в исследуемых группах подтвердило необходимость обоснованного применения психокоррекции и психопрофилактики женщин в их особенных состояниях жизнедеятельности, содействуя здоровью матери, потомства и семьи

Налётова О.С., Налётов С.В., Алесинский М.М., Галаева Я.Ю., Сидоренко И.А., Белевцова Э.Л., Твердохлеб Т.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО Кафедра фармакологии и клинической фармакологии им. проф. И.В. Комиссарова

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАННОЙ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

Нами предложено применение L-аргинина в составе стандартной антигипертензивной фармакотерапии у больных ГБ II стадии с расстройством адаптации на протяжении 24 недель в дозе 0,75 один раз в сутки 2-х недельными курсами с 2-х недельными перерывами.

В исследовании приняли участие 143 больных, которые методом простой рандомизации были распределены в две группы. Статистически значимых различий по полу, возрасту, уровню АД между группами выявлено не было.

Оценка исходных показателей суточного мониторинга АД показала, что у всех пациентов, включенных в исследование, отмечалось недостаточное снижение АД в ночное время. Лишь у 3% больных отмечалось физиологическое снижение АД ночью. Таким образом, подавляющее большинство пациентов относились к категории NON-DIPPER. Степень ночного снижения систолического и диастолического АД до начала терапии статистически значимых различий между группами не имела.

Пациенты 1-ой группы (n=71) получали стандартную антигипертензивную терапию в соответствии с современными клиническими протоколами. Пациенты 2-ой группы (n=72) в дополнении к стандартной терапии получали L-аргинин в дозе 0,75 один раз в сутки 2-х недельными курсами с 2-х недельными перерывами. Период наблюдения составил 24 недели.

Все результаты исследований обрабатывались с помощью специализированных пакетов статистических программ Statistica 6, MedicalStatistics.

Оценка результатов лечения проводилась к концу 24 недели.

Средние показатели САД/ДАД после проведенного лечения у пациентов 1-ой группы соста-

вили $136,9 \pm 0,4^*$ / $87,5 \pm 0,8^*$ мм рт.ст., у пациентов 2-ой группы – $126,3 \pm 0,5^{* \#}$ / $77,1 \pm 0,6^{* \#}$.

Анализ результатов суточного мониторинга артериального давления (АД) установил, что снижение показателя индекса площадей для систолического АД (САД) во 2-ой группе пациентов составило $33,2 \pm 4,4\%$ ($p < 0,001$), для диастолического АД (ДАД) – $59,2 \pm 3,4\%$ ($p < 0,001$). Изменения показателей гипертонического временного индекса для САД составили $43,7 \pm 5,7\%$ и для ДАД $53,0 \pm 4,9\%$ ($p < 0,001$). Также установлено, что у больных ГБ II стадии, сочетанной с расстройством адаптации, отмечается статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение результатов большинства показателей суточного профиля АД (среднего САД и ДАД за сутки, степени ночного снижения САД и ДАД).

Оценивая безопасность лечения больных ГБ II стадии, сочетанной с расстройством адаптации, фармакотерапевтическим комплексом: стандартное антигипертензивное медикаментозное лечение + L-аргинин (в дозе 0,75 один раз в сутки 2-х недельными курсами с 2-х недельным перерывом на протяжении 24 недель), можно сделать заключение, что оно безопасно. Включение L-аргинина не оказывает негативного воздействия на гемопоз, не вызывают изменений со стороны основных видов обмена (азотистого и минерального). Это позволяет рассчитывать на отсутствие или минимальное негативное воздействие на органы и системы при более длительном применении L-аргинина.

Таким образом, можно сделать вывод, что включение L-аргинина в стандартную антигипертензивную терапию больных ГБ II стадии, сочетанной с расстройством адаптации усиливает гипотензивный эффект проводимой терапии.

Оборнева О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ИМЯ МЕЖДУ ДВУХ МИРОВ

Собственные имена функционируют в языке и культуре, которым они принадлежат, и по

отношению к ним представляют собой особую систему знаков, которой присуща выраженная

подвижность. Эта подвижность отражается в разнообразных проявлениях лингвокультурного плана, тесно взаимосвязанных между собой и присуща всем разрядам проприальных единиц, но наиболее ярко ощущается в антропонимах и топонимах.

Антропонимические системы разных языков подчиняются законам собственной лингвокультуры, представители которой с детства впитывают функционирующие в ней имена, что способствует образованию в сознании человека морфологически узнаваемого национального стандарта «своего» имени, с которым затем автоматически сопоставляются «чужие»,

В результате разного рода межкультурных контактов имена проникают в новый этнос. При миграции для адаптации человека в новом социуме включается процесс его вовлечения в разные сферы жизни, в том числе запускается механизм интеграции в новую лингвокультуру, включая вхождение его имени в антропонимическую систему языка принимающей стороны.

Богатый материал для исследования функционирования чужих имен представляет история переселений и эмиграции. Попадая в новую языковую среду, иностранное имя не всегда сохраняет свою национальную самобытность. Принимающая культура может как отторгнуть его, так и принять в свой языковой строй, подвергнув различным преобразованиям, но тем самым ослабив его связи с родной лингвокультурной почвой.

Изменения, происходящие с иностранным антропонимом в новых этнокультурных условиях, могут охватывать продолжительный период времени и быть незначительными или, напротив, весьма существенными. Это зависит как от морфологических возможностей к адаптации, присущих чужому антропониму, так и от законов принимающей языковой системы. Так, среди имен исторически известных «иноземных

русских» наиболее стабильным оказывается фамильный компонент трехчленной антропонимической формулы, сохраняющий признаки своей инокультурности. Намного больше – вплоть до полной русификации – подвержены трансформации личное имя и патроним, что объясняется частотой их употребления в речи, а также стремлением к бытовой приспособительной доместикации членами окружающего социума:

Степень и способы языковой трансформации адаптируемого имени, наличие у него признаков новой культурной сущности и «следов чуждости» относится к разряду факторов, которые никогда не остаются без внимания как носителей языка, так и художников слова.

Уже в древнерусской литературе можно встретить примеры адаптации имен собственных к языковой среде. Так, по мнению профессора М.А. Новиковой, вся онимия «Слова о полку Игореве» не что иное, как покомпонентная калька древнегерманских родовых знатных княжеских имен.

В художественной литературе наблюдается большое разнообразие использования инопоэтонимов для реализации писательского замысла. Диапазон применения этого феномена – от нетранслитерированной онимии до полной доместикации чужого имени. Являясь этнонимизирующими знаками, инопоэтонимы демонстрируют разнообразные семантические возможности для создания ярких образов с положительной или негативной характеристикой, кумуляционными или отчуждающими признаками, различными нормативно-эстетическими ориентирами. Чужое имя как художественное средство содержит значительный объем информации и большой стилистический потенциал, которые писатель реализует для создания поэтонимосферы, входящей в общее художественное пространство произведения.

Оганян К.А., Оганян К.А., Мезников А.А.

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

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛОКАЛЬНОГО ИСТОНЧЕНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Введение: В последнее время наблюдается увеличение числа повторных кесаревых сечений, показанием к которым в 70% случаев является несостоятельность рубца на матке.

Цель: выявить факторы риска развития локального истончения рубца на матке после кеса-

рева сечения.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ историй родов проведен у 24 пациенток после кесарева сечения. Всего проанализированы 24 случая. Были сформированы две группы. В первую группу вошли пациентки с состоятель-

ным рубцом на матке, во вторую группу-с несостоятельным рубцом на матке. У пациенток были проанализированы следующие критерии: индекс массы тела, уровень гемоглобина в крови, а также проведен анализ волос на микроэлементы (магний, фосфор, кальций, кобальт, йод).

Результаты: Индекс массы тела был выше нормы в 82% случаев в группе пациенток с несостоятельным рубцом на матке, в то время как в группе пациенток с состоятельным рубцом на матке индекс массы тела превышал норму лишь в 42% с случаев.

Также было выявлено, что уровень магния, кальция, фосфора был вне нормы гораздо чаще

у группы 2, по сравнению с группой 1. Так, отклонение уровня магния от нормы встречалось в 75% случаев в группе 2, в 25% случаев в группе 1. Уровень кальция вне нормы был выявлен в 64% случаев в группе 2, в 25% случаев-в группе 1. Уровень фосфора был выше нормы в 64% случаев в группе 2, в 33% случаев в группе 1. В то же время, не было выявлено статистически значимых различий по следующим показателям: уровень гемоглобина, кобальта, йода.

Вывод: Риск истончения рубца на матке выше у пациенток, у которых следующие показатели выходили за пределы нормы: индекс массы тела, содержание магния, кальция и фосфора.

Окулов М. В., Берозашвили А. Т.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России

О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К АНАЛИЗУ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ШТАТОВ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

В течение двух десятилетий XXI века прослеживается отчетливая тенденция интенсификации использования коечного фонда стационарных учреждений и, прежде всего, отделений хирургического профиля. В связи с этим возрастает хирургическая активность. Так, если в 2000 году в стационарах Санкт-Петербурга было выполнено 271526 операций, то в 2019 году – 562455 операций (в 2,5 раза больше). Начиная с 2015 года некоторые высокотехнологичные методы лечения, оказываемые ранее по квотам и оплачиваемые из бюджетных средств, стали включаться в программы обязательного медицинского страхования. Благодаря этому повысилась их доступность и, соответственно, увеличилось число пациентов, лечившихся с применением высоких технологий. Так, число операций, выполненных в стационарах Санкт-Петербурга с применением высоких технологий, увеличилось в 2019 г. по сравнению с 2015 г. на 54,5% (с 81 272 операций до 125 552 операций). Общее число операций увеличилось на 14,0% (с 493 223 операций в 2015 г. до – 562455). Соответственно увеличилось и число пациентов, лечившихся в отделениях хирургических профилей, и нагрузка врачей этих отделений.

Традиционно оценка обеспеченности кадрами медицинских учреждений включает анализ показателей укомплектованности штатных должностей с учетом всех занятых, укомплектованности штатных должностей физически-

ми лицами и коэффициента совместительства. Изучение показателей укомплектованности штатных должностей с учетом замещения и совместительства в хирургических подразделениях стационаров Санкт-Петербурга в 2019 г. показало, что по некоторым специальностям уровень данного показателя превысил 90%. Минимальным уровень данного показателя был у анестезиологов-реаниматологов, (80,6%), у детских урологов-андрологов (82,2%), у врачей по рентгенэндovasкулярным диагностике и лечению (82,8%). Более объективно позволяет оценить обеспеченность подразделений врачскими кадрами укомплектованность штатных должностей физическими лицами. Самый низкий уровень данного показателя в 2019 г. выявлен у торакальных хирургов (56,9%), у врачей по рентгенэндovasкулярным диагностике и лечению (58,7%) и у анестезиологов-реаниматологов (59,0%).

Наряду с перечисленными показателями целесообразно анализировать более наглядные показатели, в том числе количество штатных должностей в расчете на 1,0 штатную должность, а также рассчитывать фактический дефицит физических лиц врачей разных специальностей. Так, к концу 2019 года наиболее ощутимым оказался дефицит физических лиц анестезиологов-реаниматологов (1288 врачей), хирургов (216 врачей) акушеров-гинекологов (170 врачей), травматологов-ортопедов (114 врачей).

Не менее важным разделом комплексного анализа обеспеченности медицинских учреждений медицинскими кадрами является анализ возрастного состава медицинских работников различных специальностей. К сожалению, в настоящее время в годовом отчете медицинской организации (Ф-30 «Сведения о деятельности медицинской организации») представлена толь-

ко сводная таблица возрастного состава врачей и средних медработников без детализации по специальностям. Указанные недостатки традиционных подходов к анализу укомплектованности штатных должностей существенно затрудняют перспективное планирование подготовки врачебных кадров с учетом современных тенденций развития здравоохранения.

Олейник Т. В., Михальченко Е. А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ХРАНЕНИЯ

Актуальность. На протяжении многих лет плазма, обогащенная тромбоцитами (БоТП), успешно используется для ускорения регенерации тканей и применяется в таких областях, как челюстно-лицевая хирургия, реконструктивная ортопедия, сердечно-сосудистая хирургия. Показана эффективность БоТП при регенерации костной ткани в хирургии зубных имплантов, при восстановлении суставов и сухожилий, в пластической хирургии, а также в лечении пациентов с длительно не заживающими ранами мягких тканей. Тромбоциты способны секретировать разнообразные факторы роста (тромбоцитарный фактор роста (PDGF) PDGF-AA, PDGF-BB, PDGF-AB), трансформирующие факторы роста (TGF- β 1, TGF- β 2), инсулиноподобный фактор роста (IGF), сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), эпидермальный фактор роста (EGF) и фактор роста нервов (NGF). [18-20]. Активация рецепторов факторов роста может стимулировать рост и дифференцировку клеток, ангиогенез, апоптоз или продукцию компонентов внеклеточного матрикса. Кроме того, БоТП содержит лейкоциты (WBC), которые могут способствовать заживлению ран, особенно в профилактике инфекции. Следует отметить, что тромбоцитарный фактор роста AB (PDGF-AB) способствует активации и пролиферации фибробластов, стимулирует синтеза коллагена и глюкозаминов, ускоряет образования грануляционной ткани, что имеет большой практический и научный интерес.

В последние годы внимание офтальмологов привлекает технология, связанная с БоТП для лечения больных с заболеваниями роговицы. Существует множество методик по ее приготовлению. Однако, не смотря на положительные эффекты, описанные различными авторами, не существует единой методики, единого протокола по изготовлению PRP и условиях ее хранения.

Цель исследования: оценить стерильность и стабильность плазмы, обогащенной тромбоцитами, при различных условиях хранения и при длительном хранении до 6 месяцев.

Материалы и методы исследования. При приготовлении БоТП мы использовали методику Geerling (2004): цельную кровь отбирали с использованием 1,5-дюймовой иглы без латекса 21 калибра и пробирок для технологии Plasmolifting объемом 9,0 мл, содержащих 0,45 мл антикоагулянта гепарин натрия (9: 1). Для каждого эксперимента одну пробирку Vacutainer использовали для определения исходного значения тромбоцитов в цельной крови. Пробирки для технологии Plasmolifting центрифугировали 15 минут при скорости 3000 g с использованием центрифуги ELMi Centrifuge CM-6M для оценки оптимального времени центрифугирования для получения PRP.

После получения цельной крови и приготовления глазных капель аутологичной сыворотки разовой дозы 100% и 50% образцы хранили при 4 ° C и -20 ° C в течение до 6 месяцев. Концентрации тромбоцитарного фактора роста AB (PDGF- AB) использовали в качестве биомаркеров стабильности и измеряли в дни хранения 1, 8, 15, 30, 60, 90 и 180. Стерильность в соответствии с Европейской фармакопеей (2.6.1) оценивалась при хранении. дни 1, 15, 30, 60, 90 и 180.

Результаты и их обсуждения. Концентрации PDGF- AB оставались стабильными при обоих температурных условиях в течение всего периода 6 месяцев. Наблюдалась разница в концентрациях PDGF- AB между неразбавленной и разбавленной сывороткой (в 100% сыворотке концентрация PDGF- AB была больше в два раза).

Стерильность сохранялась в образцах при 4 ° C и -20 ° C в течение всего испытанного периода.

Выводы. Настоящие результаты показывают,

что параметры сыворотки PDGF- АВ стабильны при -20 ° С в течение 6 месяцев. При обеих проверенных температурах, на стерильность сывороточных глазных капель это не повлияло, в том числе на самую длительную испытанную продолжительность хранения. Таким образом, результаты подтверждают использование методов

асептической подготовки и температуры хранения -20 ° С. Пациентам может быть предложен 6-месячный запас глазных капель аутологичной сыворотки, что обеспечит лучший доступ к этой терапии благодаря менее частому графику сдачи крови.

Онищенко Е.В.^{1,2}, Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Варибрус С.А.^{1,2}, Комисаренко Э.Э.², Голубова Т.С.², Захарова О.В.^{1,2}, Давыдова Т.О.¹

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Пандемия COVID-19 потребовала существенных изменений в организации медицинской помощи. Особую сложность представляют пациенты с тяжелым преморбидным фоном. В настоящее время отсутствуют общепризнанные рекомендации по тактике ведения пациентов, получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ), что требует анализа любых медицинских наблюдений.

Цель исследования – анализ возможностей профилактики распространения COVID-19, организация лечебной и консультативной помощи пациентам в Трансплантационном центре ДОК-ТМО.

Материалы и методы. В Центре ЗПТ получают 232 пациента: после трансплантации почки – 113, гемодиализ – 109, перитонеальный диализ – 10 человек. С марта 2020 года центр перешел на режим работы в условиях пандемии. Для трансплантационных реципиентов и для пациентов, получающих перитонеальный диализ в амбулаторном режиме, организована возможность дистанционного наблюдения (мобильная связь, мессенджеры); очные консультации планируются заранее с соблюдением противоэпидемических, санитарных мероприятий. Госпитализация осуществляется только по ургентным показаниям после предварительной заочной консультации и отрицательного результата теста ПЦР на COVID-19; при отсутствии результатов теста пациент расценивается как инфицированный с организацией комплекса противоэпидемических мероприятий. Срок обеспечения иммуносупрессивными препаратами всех пациентов после трансплантации увеличен до 3 месяцев. В отделении гемодиализа оценка состояния пациентов проводится перед входом в клиническую зону, при наличии признаков инфекции – перенос процедуры гемодиализа до получения от-

рицательных результатов ПЦР к COVID-19, при положительном тесте пациент переводится для дальнейшего лечения в специализированное лечебное учреждение. Внедрены новые правила проведения дезинфекционных мероприятий, поведения пациентов и посетителей. Со всеми пациентами проведены разъяснительные беседы о необходимости строгого соблюдения «водного» режима с учетом возможного риска и недопустимости переноса сеанса гемодиализа. Исключены поездки гемодиализных пациентов в общественном транспорте.

Результаты и обсуждение. С марта по октябрь 2020 г. было зарегистрировано 17 пациентов, находящихся на ЗПТ и имеющих или перенесших COVID-19 (7,3% от общего числа пациентов на ЗПТ), из них умерших 3 пациента, что составляет 17,6% от общего числа заболевших. Анализ летальных случаев показал, что все умершие были старше 60 лет (62, 66, 67 лет), все получали ЗПТ методом диализа; двое из них имели декомпенсированную стадию сахарного диабета, диабетическую ангиопатию, по поводу которой выполнена (1) или планировалась (1) ампутация нижней конечности до заболевания COVID-19; третий пациент систематически нарушал «водный» режим и рекомендации по приему симптоматического лечения, за 3 месяца до заболевания COVID-19 перенес нарушение мозгового кровообращения. Течение коронавирусной инфекции у остальных пациентов расценивалось как легкое или среднетяжелое. Лечение проводилось по утвержденным протоколам в специализированных учреждениях или амбулаторном режиме; реципиентам трансплантата выполнялась коррекция иммуносупрессивной терапии, контроль концентрации в крови ингибиторов кальцинейрина. Утраты или значимого ухудшения функции трансплантата у пациентов, пере-

несших COVID-19, не зафиксировано. Пациенты, получающие гемодиализное лечение, после получения отрицательных результатов ПЦР-теста на COVID-19, переведены из специализированных учреждений обратно в наш Центр.

Выводы. Возможность использования современных средств коммуникации позволяет выполнять противоэпидемические мероприятия без существенного ухудшения качества

оказания помощи. Заболеваемость COVID-19 у пациентов, получающих ЗПТ, сопоставима с заболеваемостью в общей популяции, однако вероятность летального исхода выше, особенно в случае декомпенсации основного заболевания. Соблюдение противоэпидемических, санитарно-гигиенических мероприятий, маршрутизации пациентов, позволяют обеспечить стабильную работу Центра в условиях пандемии.

Орлова О.В.^{1,2}, Меркулова Е.В.¹

¹ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова Санкт-Петербург

НАРУШЕНИЯ КОСТНО-МОЗГОВОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Актуальность: Известно, что костный мозг является резервом восстановления клеточных популяций и их функций, что обуславливает восстановительные процессы в различных тканях. Любое критическое состояние и тяжелая ожоговая травма в частности, приводят к режиму ограниченного кровоснабжения костного мозга и лимфоидных органов, что существенно влияет на метаболизм клеточных элементов и их функциональную активность. Существует множество причин угнетающих костномозговое кроветворение, к которым относятся метаболические и воспалительные изменения – это синдром системного воспалительного ответа и гиперкатаболический синдром, нарушение метаболизма железа, гепаторенальная недостаточность и другие.

Цель: изучить нарушения костно-мозгового кроветворения у пострадавших с тяжелой ожоговой травмой.

Материал и методы исследования: Обследовано 53 пострадавших с тяжелой ожоговой травмой в среднем возрасте 34(18;56) года, в основном мужчины (37 чел) с общей площадью повреждения 43(17;63)% и площадью глубоких ожогов 17(13;27)% поверхности тела. По этиологическому фактору преобладали ожоги пламенем (40 случаев). Клинический анализ крови оценивали при поступлении, на 1, 3, 5, 10 и 20 сутки ожоговой болезни. Пункцию костного мозга проводили при поступлении (1-3 сутки), на 5 и 10 сутки ожоговой болезни. В миелограмме оценивали клеточность костного мозга в целом и отдельных ростков кроветворения, характер созревания клеток, процентное соотношение клеточных элементов.

Результаты: Эритроидный росток костного мозга страдает в периоде ожогового шока, при-

водя к развитию анемии и гипоплазии костного мозга. В лимфоидном ростке костного мозга определяются нарушения образования клеток с отсутствием пролимфоцитов, снижением костномозговых лимфоцитов, что проявляется выраженной лимфопенией в периферической крови. Клетки гранулоцитарного ростка, представленные сегментоядерными нейтрофилами, являясь первой линией противоинфекционной защиты, начинают активно проявлять свои функции в первые часы после травмы, значительно уменьшаясь в количестве, тогда как количество палочкоядерных нейтрофильных гранулоцитов остается высоким весь период наблюдения, что связано с постоянным выбросом молодых форм из костного мозга. Уровни эозинофилов и базофилов у пострадавших с ожоговой травмой находятся в периферической крови в минимальных количествах, что связано с перераспределением миелоцитов в сторону нейтрофильного ростка костного мозга. Лейко-эритробластическое отношение имеет высокие значения у тяжелообожженных весь период наблюдения и превышает нормальные значения в 4-5 раз, что свидетельствует на наличие выраженного инфекционного процесса на фоне анемии. Нарушения тромбоцитопоза у пациентов с ожоговой травмой проявляются разнонаправленными сдвигами количества и качества клеток. Тромбоцитопения характерна для острого периода травмы и периода развития генерализованных инфекционных осложнений. В остальные периоды ожоговой болезни у пациентов чаще наблюдается реактивный тромбоцитоз в результате стимуляции мегакариоцитарного ростка костного мозга.

Заключение: При изучении костно-мозгового кроветворения у пострадавших с тяжелой ожоговой травмой были определены: анемия, грану-

лоцитоз, лимфопения, тромбоцитоз. Эти состояния обусловлены гипоплазией костного мозга и перераспределением клеток-предшественников в сторону миелобластного ряда, формирующего первую линию противоинфекционной защиты – гранулоциты. Внутри миелобластного ряда также происходит снижение клеток-предшественниц

эозинофилов и базофилов и снижение этих клеточных элементов в периферической крови. Нормализация гемопоэза возможна только при своевременном и адекватном лечении тяжелой термической травмы с использованием всех доступных методик интенсивной терапии и раннего хирургического лечения.

Осипенкова Т.С., Коваленко Я.О., Попко А.Н., Ракитянский И.И.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО
2Кафедра общей стоматологии ФИПО

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКА «АЦИЛАКТ» В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Лечение генерализованного пародонтита на настоящий момент не только представляет серьезную проблему в стоматологии, но и является важной социальной задачей. Поэтому в центре внимания врачей-стоматологов находятся вопросы разработки и внедрения новых методов и подходов к лечению, основывающихся на коррекции ведущих звеньев патогенеза воспалительного процесса. Согласно современным представлениям, одним из пусковых механизмов развития генерализованного пародонтита, являются мембраноповреждающие процессы в тканях пародонта, среди которых важная роль принадлежит балансу перекисного окислению липидов (ПОЛ) и антиоксидантной (АО) защиты. Это делает возможным применение в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом препаратов – пробиотиков, обладающих рядом антиоксидантных свойств

Целью настоящего исследования изучение эффективности применения пробиотика «Ацилакт сухой» в схеме местной медикаментозной терапии генерализованного пародонтита I степени в стадии обострения.

Материалы и методы: группа из 32 пациентов с генерализованным пародонтитом I степени в стадии обострения, которым, после снятия назубных отложений, включали «Ацилакт сухой» в схему местной противовоспалительной тера-

пии. Смесь препарата с сорбентом вводили в пародонтальные карманы на 30 минут под индивидуальную капу.

Результаты исследования. При клиническом обследовании пациентов через 8-9 дней было выявлено, что десневой край плотный, бледно-розовый, кровоточивость не определялась, дёсна плотно охватывали шейки зубов. Через 1 месяц после местного лечения – цвет дёсен бледно-розовый, кровоточивость не определялась, пародонтальные карманы отсутствовали, отмечено незначительное отложение мягкого зубного налета. При осмотре через 3 месяца у 25 (78%) из 32 пациентов отмечены клинические признаки стойкой ремиссии генерализованного пародонтита I степени и стабилизация воспалительно-деструктивного процесса в пародонте, по сравнению с пациентами, которые лактобактерин в схеме противовоспалительной терапии не получали – 8 (25%) из 32 пациентов.

Выводы: использование пробиотика «Ацилакт сухой» позволило сократить сроки, повысить эффективность местной медикаментозной терапии генерализованного пародонтита I степени в стадии обострения, достичь стойкого клинического эффекта, повысить процент стабилизации воспалительно-деструктивного процесса в пародонте. Отмечена простота и доступность метода.

Осипенкова Т.С., Максютенко С.И., Попко А.Н., Ганич И.Г.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО
Кафедра общей стоматологии ФИПО

ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПАРОДОНТЕ

Воспалительно-деструктивные заболевания пародонта являются одной из наиболее сложных и распространенных форм патологии и основной причиной потери зубов среди взрослого населения. Применяемые лекарственные средства с антиоксидантным действием обладают доказанной эффективностью, поэтому разработка и внедрение новых методов применения препаратов данной группы для лечения воспалительных заболеваний пародонта является актуальной задачей.

Цель исследования: определить целесообразность и эффективность дифференцированного назначения про- и антиоксидантов пациентам с вялотекущим воспалительным процессом в пародонте и достоверно низким уровнем продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови.

Материалы и методы: Обследовано 69 больных с генерализованным пародонтитом. Для оценки состояния пародонта, использовали индексы РМА, индекс кровоточивости, ПИ Рассела, пробу Кулаженко, учитывали количество пораженных секстантов. В крови определяли биохимические показатели: уровень диеновых конъюгатов (ДК), содержание малонового диальдегида (МДА), показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ), каталазу, супероксиддисмутазу (СОД), антиокислительную активность (АОА). Всем пациентам проводили комплексную противовоспалительную терапию и кюретаж пародонтальных карманов. Затем больных распределяли на группы в зависимости от интенсивности процессов ПОЛ. Анализ вышеуказанных показателей дал возможность выделить первую группу больных: со значениями: РМА – $44,8 \pm 1,20\%$, индекс кровоточивости – $4,08 \pm 0,07$ баллов, ПИ Рассела – $2,68 \pm 0,02$ у.е., проба Кулаженко – $49,2 \pm 1,4$ с., поражено 2-3 секстанта верхней и нижней челюстей; ДК – $2,41 \pm 0,07$ у.е., МДА – $10,6 \pm 0,9$ мкмоль/гбелка, ПГЭ – $9,78 \pm 0,54\%$; каталаза – $13,88 \pm 0,09$ Мкатал/л,

СОД – $0,116 \pm 0,07$ Е/мгбелка, АОА – $54,6 \pm 6,7\%$. Для другой группы больных генерализованным пародонтитом были характерны выраженные признаки воспаления тканей пародонта с показателями РМА, индекса кровоточивости, ПИ Рассела, пробы Кулаженко – достоверно ниже, чем в первой группе, количество пораженных секстантов – 5-6; биохимические показатели – ДК, МДА, ПГЭ, каталаза, СОД, АОА – достоверно ниже, чем в первой группе. Пациентам первой группы в традиционную схему лечения препараты антиоксидантного действия не назначали; больным второй группы в первые 3 суток проводили прооксидантную коррекцию ПОЛ, назначая препарат общего и местного прооксидантного действия «Делагил» – per os по $0,25 \times 1-2$ раза в день и местно в виде инъекций по переходной складке по 1 ml 5% раствора через день, а в последующие 6 суток антиоксиданты общего (per os «Квертин» по $0,04 \times 2$ раза в день) и местного действия (30% раствор токоферола ацетата в виде инстиляций и аппликаций на десну каждый день); курс лечения – 9 дней.

Результаты исследования: у больных первой группы на 6-е сутки в мазках-отпечатках раневого экссудата были зарегистрированы признаки активной репарации (полибласты, фибробласты). На 9-е сутки десна соответствовала понятию «здоровая». При обследовании через 2 года рецидив заболевания был отмечен у 89,7% больных. У больных второй группы в комплексное лечение которых дополнительно включались сначала препараты прооксидантного, а затем антиоксидантного действия, были получены схожие положительные клинические результаты.

Выводы: полученные результаты подтверждают целесообразность дифференцированного назначения препаратов корригирующих ПОЛ (про- и антиоксидантов) пациентам с вялотекущим воспалительным процессом в пародонте и достоверно низким уровнем продуктов ПОЛ в крови.

Остренко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ И ПАРАЗИТАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Введение. В выполненных ранее исследованиях были обоснованы выбор объекта окружающей среды (почвы – как минимально мигрирующего и важнейший фактор в загрязнение воды и продуктов питания) и индикаторов-загрязнителей (8 тяжелых металлов и металлоидов). Было показано, что с началом активных боевых действий отмечался тенденция к распространенности и заболеваемости некоторых инфекционных и паразитарных патологий (МБК-10: А00-В99).

В современных условиях необходимо оценить изменения показателей некоторых инфекционных и паразитарных заболеваемости населения в условиях последствий стресс-индуцированных состояний.

Цель исследования состояла в изучении особенностей и закономерностей распространенности некоторых инфекционных и паразитарных болезней подросткового населения экокризисного региона в условиях локального военного конфликта.

Основная часть. Проведен анализ по содержанию ТМ всех районов Донецка, выделены самый «грязный» и «чистый» (контрольный район), не пострадавшие от боевых действий. Выполнен анализ распространенности некоторых инфекционных и паразитарных болезней населения крупного промышленного города за последние 10 лет., по «грязному» и «чистому» районам г. Донецка в сравнении со среднегородскими показателями, условно разделенных на 3-ри временных периода: I – довоенного (2012-2013 гг.), II- активных боевых действий (2014-2016гг.) и III «перемирия» (2017-2019 гг.). Для расчета интенсивных показателей состояния здоровья населения использовались официальные учетно-статистические документы (форма № 12), показатели среднегодовой численности подросткового населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения, по районам и городу в целом

В «грязном» районе кратность максималь-

ного превышения ПДК (фонового уровня) кадмия составила- 2815 раз, свинца 112,5 раз, меди – 133 раза, мышьяка – 75 раз, при отсутствии превышения данных ТМ в «чистом» районе. В «грязном» районе превышение ПДК по фосфору было в 6,7 раза, по таллию – в 2,1 раза, по цинку – в 102 раза больше, чем в контрольном. Максимальное превышение ПДК содержание марганца в почве обоих районов было одинаковым и составило в 2,5 раза.

За анализируемый период у подростков контрольного района распространенность некоторых инфекционных и паразитарных болезней во все периоды превышала среднегородские уровни достоверно ($p < 0,01$), с тенденцией повышения во II периоде с последующим снижением. Большой вклад в уровни распространенности и заболеваемости в контрольном районе и в городе внесли девушки.

С приведенных данных таблицы следует, в довоенный период уровень распространенности в «грязном» районе был в 7,5 раза выше, чем в контрольном районе, но ниже среднегородских показателей, в дальнейшем такая же тенденция данного показателя, В военный период уровень распространенности среди подростков «грязного» района, в отличие от городского, вырос в 3,5 раза ($p < 0,01$) В период перемирия распространённость среди подростков «грязного» района выше чем в «чистом» районе в 3,5 раза но ниже в среднем по городу ($p < 0,01$).

Заключение. Выполненный анализ может говорить о том, что загрязнение окружающей среды является важным фактором риска развития инфекционной заболеваемости среди подростков, причем последствия стресс-индуцированных состояний усугубляют его неблагоприятное действие. Наиболее перспективными методами профилактики для снижения неблагоприятного влияния ТМ на здоровье подросткового населения и повышения резистентности организма внедрение превентивного питания.

Островский И.М., Прохоров Е.В., Налетов А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА, СВЯЗАННОГО С БОЕВЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ, НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ

Цель работы: выяснение и оценка динамики заболеваемости детского населения по обе стороны военного конфликта в Донбассе.

Материалы и методы. Данные официальной статистики МЗ ДНР за 4 года во время войны (2015 – 2018) и официальные статистические показатели по Донецкой области за 4 года перед войной (2010 – 2013). Представленный анализ ограничен рамками статистических отчетов и поэтому охватывает только небольшую часть заболеваний детского возраста.

При анализе динамики по разным нозологиям сравнивали показатели 2018 и 2013 гг.

При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли. Названия нозологий приведены в том виде, в каком они представлены в отчетах.

Результаты и обсуждение. Анализ проведен по 90 пунктам стандартного статистического отчета, объединённых в 20 разделов.

Среди позиций, по которым отмечено достоверное увеличение, оказались показатели «Иммунодефициты (все формы)», пункт 4.6, причем если до войны отмечалась тенденция к снижению показателя, то после войны наблюдается его непрерывный рост (в 4,23 раз) – от $0,17 \pm 0,034\%$ в 2015 г до $1,42 \pm 0,210\%$, в 2018 ($p < 0,001$).

Выявленная тенденция согласуется с другими показателями, также отражающими дефекты иммунной системы, в частности, с достоверным увеличением заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей (ларингиты и трахеиты – в 1,13 раз, фарингиты и тонзиллиты – в 1,24 раза)

Эти данные подтверждает также выявленный значительный достоверный рост некоторых аутоиммунных заболеваний, в частности, щитовидной железы (ЩЖ). Так, заболеваемость тиреотоксикозом уже в 2015 году выросла в 1,86 раз! Затем отмечено снижение показателей в последующие годы, но они все равно остаются выше довоенных.

Щитовидная железа оказалась одним из самых уязвимых органов в условиях стресса. Кроме тиреотоксикоза в военное время отмечен также рост тиреоидитов.

Еще одна учитываемая статистикой позиция заболеваний ЩЖ – приобретенный гипотиреоз – также демонстрирует рост. Аналогичную динамику имеет и эндемический зоб. По-видимому, в условиях стресса, требующего напряженной работы эндокринной системы, проявляется скрытый ранее дефицит йода. Подтверждает выявленные тенденции со стороны ЩЖ увеличение такого показателя, как диффузный зоб II-III степени.

Возвращаясь к патологии с участием иммунной системы, следует отметить рост в 2,6 раз такого аутоиммунного заболевания, как ревматоидный артрит.

Ожидаемо увеличились заболевания нервной системы: в 2016 году она превысила довоенный уровень в 1,22 раза, но затем начала постепенно снижаться.

Вопреки ожиданиям, практически на одном уровне остаются расстройства психики и поведения. Среди других нозологий следует отметить значительный рост желчекаменной болезни, по сравнению с относительно стабильной заболеваемостью до войны.

Патологическое влияние стресса на эндокринную систему также проявилось в увеличении в 2016 году в 1,22 раза расстройств менструального цикла.

Выводы. Хронический стресс, связанный с угрозой для жизни в связи с близостью военных действий сказывается на состоянии здоровья детей и проявляется нарушениями со стороны иммунной, эндокринной и нервной систем, приводит к росту иммунодефицитов, аутоиммунных заболеваний, острых, в первую очередь вирусных, инфекций, заболеваний щитовидной железы, нарушений менструального цикла, желчекаменной болезни.

Островский И.М., Прохоров Е.В., Налетов А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ДОНБАССА

Цель: выяснение современных особенностей течения язвенной болезни (ЯБ) у детей.

Материал и методы. Статистические данные за 2011 – 2018 гг и 76 историй болезни детей с язвенной болезнью, которые лечились в РДКБ г. Донецка с 2014 г по 2019 гг.

Результаты и обсуждение. За 7 лет заболеваемость язвенной болезнью детей достоверно ($p < 0,005$) снизилась с 1,7 до 0,8 на 10000. Её увеличение в 2016 году мы рассматриваем как «послестрессовый всплеск». В дальнейшем же продолжается общая тенденция к снижению заболеваемости. Возможно, к этому привело улучшение выявления инфекции *H. pylori* и повышение качества ее лечения. Так, за последние 6 лет только двое из пролеченных в РДКБ пациентов потребовали повторной госпитализации.

Наблюдали детей от 1 года 9 мес. до 18-ти лет. Заболеваемость ЯБ, по-прежнему, с возрастом закономерно увеличивается. Обращает на себя внимание наличие детей самого раннего возраста. Мальчиков оказалось 57, девочек – 19, соотношение 3:1 с годами практически не меняется. Преобладала ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБПК) (59, 77,6%).

Инфицированы хеликобактером при язве желудка 11 детей (64,7%), при ЯБДК – 47 (79,7%). Эти цифры расходятся с литературными данными и характеризует не столько распространенность хеликобактера при ЯБДК у детей Донбасса, сколько качество диагностики быстрым уреазным тестом с одним биоптатом. По нашему опыту, выявляемость *H. pylori* таким способом в 4 раза ниже, чем при использовании уреазного дыхательного теста.

Отягощенный семейный анамнез по ЯБ наблюдается у 42,5% детей, что вполне объяснимо с позиций наследования и существования семейного очага инфекции.

Гастроэнтерологические жалобы до установления диагноза ЯБ предъявляли 52 ребенка (68,4%), у трети пациентов соответствующий анамнез отсутствовал. Средний возраст появления жалоб составил 10½ лет, средний возраст установления диагноза – 12½ лет. Диагноз язвенной болезни после появления рвоты кофейной

гущей и мелены установили у 25 детей, 32,9%. Следует подчеркнуть, что заболевание дебютировало с кровотечения у всех детей младше 9 лет!

Болевой синдром при осмотре выражен у всех. При этом: боли натощак – 25 детей, 32,9%, у четверых и после еды; не связанные с приемом пищи – 12, 15,8%; без указания на связь – 31, 40,8%; выраженная спастическая боль – 4, 5,3%; усиление болей – 20, 26,3%; боль справа в подвздошной области – 12, 15,8%; боль в спине – 4, 5,3%; боль около пупка – 4, 5,3%.

Диспептические жалобы: отрыжка – 14, 18,4%; изжога – 34, 44,7%; ; тошнота – 32, 42,1%; рвота – 15, 19,7%. Грубые нарушения в диете отметили 18 детей, 23,7%. Реже отмечены: лихорадка – 13, 17,1%; снижение аппетита – 8, 10,6%; потеря массы тела – 7, 9,2%; горечь во рту – 2. Сопутствующие гастроэнтерологические диагнозы: дуоденогастральный рефлюкс – 27, 35,5%; дисфункция желчевыводящих путей – 27, 35,5%; хронический колит и/или аномалия кишечника – 16, 21,1%; эзофагит – 9, 11,8%. Другие заболевания: признаки дисплазии соединительной ткани – 28, 36,8% (!); анемия – 22, 30,2%.

Выводы. 1. Совершенствование диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori* у детей привело к снижению заболеваемости язвенной болезнью. 2. ЯБ продолжает «молодеть». 3. Сохраняется высокий процент «немых» язв, дебутирующих с кровотечения, что особенно характерно для дошкольников. 4. О возможности развития ЯБ следует думать при снижении аппетита, уменьшении массы тела, появлении чувства горечи во рту, беспричинной лихорадке и анемии. 5. Отягощающим фактором развития ЯБ следует считать наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани. 6. Дети с отягощенным семейным анамнезом по ЯБ при появлении любых гастроэнтерологических жалоб подлежат обследованию и диспансерному наблюдению, как угрожаемые по развитию ЯБ! 7. Быстрый уреазный тест с одним биоптатом менее достоверен, чем дыхательный тест!

Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Камнева А.С., Гашимов Э.Э.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ

Выбор метода лечения пациентов с меланомой хориоидеи остается предметом дискуссии. Выявление метастазов в 75% случаев приходится на первые 3-4 года с момента установления диагноза увеальной меланомы.

Цель работы: изучить частоту метастазирования меланомы хориоидеи после энуклеации и органосохранного лечения с учетом исходных размеров опухоли.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 48 пациентов, у которых была выявлена меланома хориоидеи средних (25 пациентов) и больших (23 пациентов) размеров. Диаметр основания опухоли варьировал от 10,0 до 16,0 мм и в среднем достигал $12,5 \pm 0,24$ мм. По данным проведенного обследования (магнитно-резонансная томография головного мозга, компьютерная томография органов брюшной полости и грудной клетки) на момент выявления меланомы хориоидеи метастазы у всех пациентов отсутствовали. Динамическое наблюдение пациентов проводили на базе отделения микрохирургии глаза ДоКТМО. Продолжительность исследования составила 5 лет: с 2014 по 2019 год. Контрольные осмотры с целью выявления рецидива опухоли и исключения генерализации процесса проводили каждые 6 месяцев. В зависимости от проведенного лечения пациенты были разделены на две группы. Органосохранное лечение (брахитерапию) получали 21 пациент, которые составили 1-ю группу наблюдения. Вторую группу составили 27 пациентов, у которых была произведена энуклеация пораженного глаза.

Результаты и обсуждение

В группе больных, которым было проведено органосохранное лечение, через 5 лет наблюдения гематогенное метастазирование выявлено у 8 пациентов (38,1%). Следует отметить, что средний исходный диаметр меланомы у этих пациентов составил $14,22 \pm 0,64$ мм, что достоверно отличалось от исходного диаметра опухоли у

пациентов без наличия метастазов – $11,84 \pm 0,54$ мм ($p < 0,05$). Таким образом, размеры меланомы хориоидеи можно считать одним из факторов риска метастазирования опухоли. У 5 пациентов (23,8%) этой группы была произведена энуклеация в среднем через $4,65 \pm 0,55$ года после начала органосохранного лечения. Основной причиной для проведения энуклеации явился продолженный рост меланомы. В группе больных, которым была произведена энуклеация, в течение 5 лет наблюдения гематогенное метастазирование выявлено у 3 пациентов (11,11%). Установлено, что появление метастазов происходило в течение первых 2 лет (в среднем – $1,65 \pm 0,32$) после проведения энуклеации. Следует отметить, что средний исходный диаметр меланомы у этих больных составил $15,42 \pm 0,44$ мм, что достоверно отличалось от исходного диаметра опухоли у пациентов без наличия метастазов – $12,87 \pm 0,64$ мм ($p < 0,05$). Таким образом, выявлена статистически достоверная разница уменьшения гематогенного метастазирования в группе пациентов, которым произведена энуклеация пораженного глаза – $11,11 \pm 6,05\%$, и в группе пациентов, которым производилось органосохранное лечение – $38,1 \pm 10,59\%$ ($p < 0,05$). Это отразилось на сохранении жизни пациентов: в первой группе 5-летняя выживаемость пациентов составила $71,43 \pm 9,85\%$, а во второй группе – $88,89 \pm 6,05\%$.

Заключение

Гематогенное метастазирование в течение 5 лет наблюдения у пациентов, которым проводилось органосохранное лечение, выявлено в 3,5 раза чаще, чем у пациентов, которым сразу после установления диагноза меланомы сосудистой оболочки была произведена энуклеация пораженного глаза. Выявление метастазов на ранних стадиях и определение правильной тактики ведения пациентов с меланомой хориоидеи позволит сохранить жизнь пациентам.

Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Камнева А.С., Гашимов Э.Э.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛЮКСФЕН» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

На первый план лечения первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) выходит подбор гипотензивного средства, обладающего эффективностью в отношении снижения уровня внутриглазного давления (ВГД) и нейропротекторными свойствами.

Цель работы: изучить эффективность применения препарата «Люксфен» в лечении больных с впервые выявленной начальной, развитой и далекозашедшей стадиями глаукомы.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 130 пациентов (211 глаз) с впервые выявленной ПОУГ. Первая стадия ПОУГ была диагностирована на 90 глазах (42,22%), вторая – на 96 глазах (45,83%), третья – на 25 глазах (11,54%). Исходный уровень ВГД находился в пределах от 26 до 32 мм рт.ст. У пациентов с первой стадией глаукомы ВГД было умеренно повышенным в 96,4% глаз, в 3,6% глаз – высоким и в среднем составило $27,65 \pm 2,15$ мм рт.ст. У пациентов со второй стадией глаукомы ВГД было умеренно повышенным в 75,8% глаз, в 24,2% глаз – высоким и в среднем составило $29,12 \pm 2,33$ мм рт.ст. У пациентов с третьей стадией глаукомы ВГД было умеренно повышенным в 70,8% глаз, в 29,2% глаз – высоким и в среднем составило $31,81 \pm 2,41$ мм рт.ст. Всем пациентам в качестве гипотензивной терапии был назначен препарат «Люксфен» 2 раза в сутки. Наблюдение за пациентами осуществлялось один раз в три месяца на протяжении одного года.

Результаты и обсуждение

Проведенные клиничко-функциональные исследования показали, что «Люксфен» является эффективным средством лечения глаукомы и позволяет у значительного числа больных достигать нормализации ВГД на фоне монотерапии. Через 3 месяца лечения препаратом «Люксфен» у всех пациентов было установлено снижение

ВГД, которое составило у пациентов с первой стадией глаукомы – в среднем $20,98 \pm 1,84$ мм рт.ст, со второй – в среднем $21,32 \pm 1,95$ мм рт.ст., с третьей – в среднем $21,58 \pm 2,05$ мм рт.ст. Последующие контрольные измерения ВГД показали стабильность гипотензивного эффекта на протяжении одного года наблюдения: у пациентов с первой стадией глаукомы – у всех пациентов, со второй – в 88% случаев, с третьей – в 67% случаев. Установлено, что степень снижения ВГД у пациентов с начальной стадией глаукомы на фоне лечения люксфеном составила 19,6%, со второй – 24,3%, с третьей – 30,4%. При проведении тонографии установлено, что повысилось среднее значение коэффициента легкости оттока внутриглазной жидкости (С): у пациентов с первой стадией глаукомы – с $0,16 \pm 0,06$ мм³/мин/мм рт.ст. до $0,28 \pm 0,07$ мм³/мин/мм рт.ст., со второй – с $0,13 \pm 0,06$ мм³/мин/мм рт.ст. до $0,27 \pm 0,08$ мм³/мин/мм рт.ст., с третьей – с $0,12 \pm 0,05$ мм³/мин/мм рт.ст. до $0,25 \pm 0,08$ мм³/мин/мм рт.ст. ($p < 0,01$). Таким образом, механизм гипотензивного действия «Люксфена» показывает патогенетическую направленность и результативность, так как исследования гидродинамики глаза показали увеличение в среднем в 2,1 раза коэффициента легкости оттока внутриглазной жидкости у пациентов с впервые выявленной начальной, развитой и далекозашедшей стадиями глаукомы под влиянием препарата.

Заключение

Результаты проведенных исследований показывают, что препарат «Люксфен» имеет выраженный гипотензивный эффект и позволяет достичь в короткие сроки стабилизации внутриглазного давления у пациентов с впервые выявленной начальной, развитой и далекозашедшей стадиями глаукомы, обеспечивая сохранение зрительных функций.

Паниева Д.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКИХ И ВЫСОКИХ ДОЗ ДЕКСАМЕТАЗОНА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И ЯВЛЕНИЯМИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Актуальность. Тактика назначения глюкокортикостероидов (ГКС) у пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 с начала пандемии претерпевала изменения от полного ограничения использования в начале, с учетом негативного опыта применения при других тяжелых инфекциях, вызванных коронавирусами (тяжелый острый респираторный синдром и ближневосточный респираторный синдром), до назначения высоких доз для купирования гипериммунных реакций в последующем. На сегодняшний день, исходя из полученных результатов рандомизированных испытаний, наиболее эффективными и безопасными для больных COVID-19 с острой дыхательной недостаточностью признаны низкие дозы ГКС.

Цель работы. Сравнить эффективность низких и высоких доз дексаметазона у больных с полисегментарной пневмонией, осложненной острой дыхательной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование включены 72 пациента, находившихся на стационарном лечении в отделениях ЦГКБ №1 г. Донецка для больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 и полисегментарными пневмониями, со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания. В ходе ретроспективного анализа была оценена динамика течения заболевания у пациентов, получавших низкие (≤ 8 мг) и высокие (≥ 12 мг) дексаметазона в дополнение к стандартной терапии. Первая группа составила 19, а вторая – 53 пациента. В качестве параметров для

сравнения были избраны средние сроки нормализации температуры тела ($t^{\circ} \square 37,0^{\circ}\text{C}$) и купирования дыхательной недостаточности ($\text{SpO}_2 \square 95\%$). При статистической обработке данных использовались методы описательной статистики, для выявления достоверности различий – t-критерий Стьюдента.

Результаты. В группе пациентов, получавших ≤ 8 мг дексаметазона в сутки в качестве стартовой дозы средние сроки нормализации температуры тела составили $4,4 \pm 0,77$ дней, а купирования дыхательной недостаточности – $6,08 \pm 1,17$ дней от момента назначения терапии ГКС. Для пациентов, получавших ≥ 12 мг дексаметазона, сроки составили $3,9 \pm 0,46$ и $6,6 \pm 0,74$ дней соответственно. В ходе сравнительного анализа не было получено статистически значимых различий в двух группах ни по срокам нормализации температуры тела (t-критерий=0,59, $p=0,56$), ни по срокам достижения $\text{SpO}_2 \square 95\%$ (t-критерий=0,38, $p=0,71$).

Выводы. Назначение более высоких доз дексаметазона не приносит дополнительной пользы для купирования дыхательной недостаточности и лихорадки у пациентов с полисегментарными пневмониями, но может быть сопряжено с более высокими рисками побочных эффектов, в т.ч. гипергликемии и присоединения бактериальной флоры, особенно у больных с сахарным диабетом. Полученные данные соответствуют рекомендациям ВОЗ по применению ГКС у больных коронавирусной инфекцией COVID-19.

Панкратьева О.С.¹, Юрова Ю.В.¹, Крылов П.К.^{1,2}, Зиновьев Е.В.¹, Вагнер Д.О.^{1,2}, Лихонос Л.М.³

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (Россия, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 3, лит А);

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41);

³ООО «Консультативно-диагностический центр «Клиницист Плюс» (Россия, Краснодар, ул. Ставропольская, д. 223)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЖОГОВ И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В процессе диагностики этиологии патологических изменений кожного покрова одним из важнейших компонентов верификации диагноза

является объективная, в первую очередь, визуальная оценка с учетом данных алгоритмизированного сбора анамнеза. Изменения кожного по-

крова в результате термического воздействия зачастую фактически тождественны клиническим проявлениям ряда нозологических форм, имеющих отношение к дерматологической группе. Учитывая, что кожа как орган реагирует на неблагоприятное воздействие как экзогенного, так и эндогенного характера типовыми ответами, необходимо в процессе диагностики учитывать ряд характерных для каждой из дифференцируемых патологий особенностей, знание которых позволяет при должном визуальном опыте и наличии мотивации поставить верный диагноз. Несмотря на кажущуюся простоту постановки диагноза в комбустиологии, в процессе функционирования отделения экстренной и скорой медицинской помощи НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе мы регулярно регистрируем нарушение маршрутизации пациентов, в том числе дерматологического профиля. Такие случаи определяют нецелевое использование временного ресурса дежурной бригады, а так же отсрочивают получение пациентом профессиональной помощи.

Выполнен ретроспективный анализ историй болезни всех пострадавших, поступивших

в стационарное отделение скорой медицинской помощи ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» в период с января 2018 г. по декабрь 2019 г. Из 4951 пациента ожоговая травма исключена у 178 (3,6%). В данной группе 63 пациента (35,5%) после верификации диагноза были признаны нуждающимися в наблюдении и лечении дерматолога, в том числе дерматолога-онколога, госпитализации в кожно-венерологический либо инфекционный стационар.

Структура дерматологических диагнозов, симулирующих ожоги: аллергический контактный дерматит 14%, опоясывающий герпес 8,4%, грибковые поражения кожи 4,5%, буллезный дерматит 1,7%, псориаз 1,7%, гиперкератоз с пигментацией 2,9%, дерматоонкология 2,3%.

Каждый такой случай подчеркивает необходимость создания и внедрения образовательных междисциплинарных модулей, актуальных для широкого круга представителей профессионального медицинского сообщества, в первую очередь, врачей первичного контакта.

Парамонова Т.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИНОЯЗЫЧНЫЕ ТЕРМИНЫ-НЕОЛОГИЗМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Пополнение лексики в медицине, как и в других науках – обычное явление. Принято считать, что иноязычные слова используются, если они полнее и точнее раскрывают известное понятие. Основным средством передачи заимствованных терминов является практическая транскрипция, иногда термины также переводятся. В последние годы прослеживается устойчивая тенденция к осуществлению прямого заимствования из английского языка, которое непосредственно отражает английское произношение. При попытке внедрения в медицинский лексикон заимствованных неологизмов необходимо учитывать те же критерии, что и при упорядочении медицинской терминологии вообще: а) традиционность употребления; б) краткость; в) точность, отсутствие дополнительных значений; г) возможность образования производных терминов; д) наличие в данной микротерминсистеме других коренных образований аналогичной словообразовательной структуры. Предпочтение интернационализмам перед русскими терминами отдается в микротерминсистемах клинических дисциплин. Это объясняется внеязыковыми причинами – особенностями развития медицинской

науки и практики, а именно, интернационализацией самой медицины, также влиянием изменений в общественно-политической жизни.

Так, часто оказывается на слуху прилагательное орфанные (заболевания, препараты) от английского orphan (заимствованного из греческого ἑρφαῖν орфанό – ‘сирота’), под которыми понимают редкие заболевания, часто неизвестного происхождения. Перевод «сиротские» по понятным причинам исключается. Ранее терминологический элемент орф-ан- использовался в названиях вирусов (орф-вирус), в аббревиатурах (ЕСНО-вирусы – англ. Enteric Cytopathic Human Orphan). Ученые объясняли такое название тем, что долгое время они не знали место нахождения этого вируса «без роду-племени». По этой же причине получил свое название орфанный («сиротский») рецептор, клеточный рецептор, эндогенный лиганд которого еще не обнаружен. Термин орфанные заболевания является узкоспециальным, понимание значения которого без дополнительной информации невозможно.

При традиционном же подходе к осмыслению терминов определение «сиротский» можно было бы «увязать» с тем, что производство

препаратов и лечение таких болезней требует больших материальных затрат и осуществляется чаще всего с помощью благотворительности или спонсорства.

Как правило, требуются дополнительные сведения для понимания терминов, образованных с помощью инициальных (буквенных) аббревиатур и цифр, количество которых в последнее время возросло, например, COVID-19 (COronaVIrusDisease), коронавирусная болезнь, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2. По данным ВОЗ болезнь не получила название SARS-

19, чтобы «не создавать настроений повышенной тревожности у жителей Азии», пострадавших от этого синдрома в 2003 году. Традиционный подход к осмыслению новых терминов название COVID мог бы ошибочно увязать его со значением латинского суффикса -id- («сходство, подобие»). Как показывает анализ процессов пополнения медицинской лексики, до настоящего времени «Международная классификация болезней» требует упорядочения и разработки классификационных схем.

Партас О.В. , Селиванова Е.С. , Косенкова-Дудник Е.А. , Еромянц И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФОРМЫ МОТИВАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В современных условиях сложившейся эпидемиологической ситуации в мире возникает необходимость адаптации к возможностям обучения в высших учебных заведениях с применением дистанционных технологий. Данная форма обучения предполагает в большей степени самостоятельную работу студентов под контролем преподавателя путем общения на информационных образовательных платформах. В таком случае возникают сложности, так как нет прямого контакта с обучающимися, в меньшей степени реализуется социальная и воспитательная функция преподавателей.

Помимо этого, на первый план выходит проблематика осознанности и ответственности студентов, получающих образование таким образом, а именно своевременное выполнение заданий, освоение необходимого материала в полном объеме, выяснение непонятных моментов и самоконтроль. На сегодняшний день, актуальным остается вопрос – как мотивировать студентов добросовестно и качественно изучать дисциплины, ежедневно работать на образовательной платформе, поддерживать контакт с преподавателями.

Безусловно, в первую очередь, у обучающих-

ся должен срабатывать мотивационный принцип «для себя», ведь студенты обязаны осознавать, что добросовестное выполнение заданий необходимо для получения «фундамента», основной базы знаний, которая будет применяться в будущем и наличие «пробелов» не позволит продвигаться дальше в профессиональном плане. Не менее значимая ответственность к мотивации обучающихся ложится на плечи преподавателей. Они постоянно поддерживают контакт, отвечая на проблемные вопросы в онлайн-режиме, разъясняя сложные моменты, а также предоставляя разноплановые задания, которые позволят с разных сторон рассмотреть ту или иную тему занятия. Непрерывное общение и равнодушие преподавателя – залог успешного формирования у студента мотивации к изучению дисциплины.

Немаловажным фактором является и получение стипендии, так как момент финансового поощрения имеет весомое значение и необходимо четко осознавать, что любой качественный труд оценивается.

Мотивация для каждого студента в первую очередь – это полноценное осознание необходимости получения знаний в любой форме с последующим успешным применением их в жизни.

Пархомчук Д.С., Оберемок С.Е., Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Решетило Н.В.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ОТДЕЛА ГУ «ЛУГАНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ» ЛНР

По данным Всемирной организации здравоохранения 20 из 100 погибших в результате несчастных случаев в мирное время могли быть спасены, если бы необходимую помощь им оказали своевременно. Особенное значение первая помощь на догоспитальном этапе, когда неоказание помощи или запаздывание ее быстро приводит к значительному ухудшению состояния организма и даже смерти. Как правило, в спасении пострадавших участвуют люди, оказавшиеся на месте происшествия, которые не имеют медицинского образования. Вместе с тем, данные статистики показывают, что оказание первой помощи на месте происшествия до прибытия медработников встречается значительно реже, чем можно было бы ожидать. Важность фактора времени подчеркивается хотя бы и тем, что среди лиц, получивших первую помощь в течение 30 минут после травмы, осложнения возникают в 2 раза реже, чем у лиц, которым этот вид помощи был оказан позже.

С целью обучения и/или усовершенствования навыков по оказанию первой помощи для немедицинских работников и первой медицинской помощи для сотрудников медицинских учреждений на базе ГУ «ЛРЦЭМП и МК» ЛНР был создан учебно-тренировочный отдел (далее – Отдел).

На основании опыта работы в направлении обучения практическим навыкам оказания первой помощи была выработана единая концепция по оптимизации процессов обучения отдельных категорий граждан, чья профессиональная деятельность проходит в местах массового скопления людей или связана с повышенным риском, чтобы иметь возможность приблизить гарантированное получение населением качественной первой помощи.

Обучение проводят по нескольким программам: для врачей скорой медицинской помощи и среднего медицинского персонала; сотрудников МЧС, преподавателей немедицинских ВУЗов, колледжей и школ; учащихся, водителей автотранспортных средств и представителей других профессий. Отдел имеет соответствующую лицензию на право проведения данного вида учебной деятельности. Преподавательский состав Отдела представлен не только научными кадрами из состава ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», но и практикующими медицинскими работниками различных специальностей. Отдел располагает учебными классами для теоретических занятий, симуляционно-тренировочным залом и учебно-тренировочным полигоном для отработки практических навыков.

Основная философия оказания первой помощи – это умение работать руками, поэтому особое место занимают практические занятия на симуляторах и манекенах-тренажерах, с использованием табельных средств первой помощи. Основными рабочими темами являются: сортировка пострадавших в очагах поражения; организация работы медицинских специалистов на догоспитальном этапе; первая помощь при основных жизнеугрожающих состояниях: при кровотечении, инородных телах в дыхательных путях, при остановке дыхания и кровообращения, механические и термические травмы, диагностика и оказание помощи при остром коронарном синдроме и остром нарушении мозгового кровообращения; организация медицинской помощи при ДТП и массовых мероприятиях.

Лица, прошедшие подготовку, получают документ о прохождении курсов установленного образца.

Пасечник Т.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

ЭПСТ (эндоскопическая папиллосфинктеротомия) является малоинвазивным хирургическим вмешательством, выполняемым при наличии патологии внепеченочных желчных протоков (холедохолиатиаз, паразитарная инвазия), БСДК (большого сосочка двенадцатиперстной кишки) (папиллостеноз, констриктивный папиллит), поджелудочной железы (хронический панкреатит, спровоцированный поражением БСДК), а также методом выбора для лечения функциональных поражений билиарного тракта, не поддающихся консервативной терапии (дисфункция сфинктера Одди).

Также ЭПСТ может быть этапом паллиативного вмешательства – эндоскопического стентирования желчных протоков – по поводу обтурационной желтухи опухолевого генеза (злокачественные новообразования БСДК, головки поджелудочной железы). Данный вид хирургического вмешательства применим также при синдроме Мириззи как этап лечения.

Однако, несмотря на видимую простоту ЭПСТ, возможны ошибки при выполнении данного вмешательства.

К примеру, часто встречающийся «Zipper-эффект», заключающийся в неконтролируемом молниеносном разрезе с одномоментным рассечением интрамурального отдела холедоха, сопровождающийся профузным кровотечением. Данная ошибка ЭПСТ возникает вследствие чрезмерного натяжения электрода и неправильной подачи тока: при отсутствии эффекта рассечения БСДК в течение более 2 с после начала применения тока, обычно увеличивают мощность тока. Однако, это приводит лишь к коагуляции тканей, уменьшению их объема и в конечном итоге молниеносно появляется неконтролируемый обильно кровоточащий разрез. Предотвратить данную ошибку возможно, используя «коагулирующий» режим при рассечении БСДК, а также уменьшая длину режущей струны, контактирующей с рассекаемым объемом тканей.

Распространены также недостаточный и неправильный разрез БСДК, что связано с недостаточной визуализацией анатомических струк-

тур. Для предотвращения применяется методика смены катетера при ЭРПХГ (эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии) на папиллотом по проводнику, что позволяет установить папиллотом в наиболее правильное положение. Однако, многократное канюлирование и контрастирование Вирсунгова протока, может привести к панкреатиту в послеоперационном периоде.

В свою очередь, острый панкреатит вплоть до гнойно-некротического парапанкреатита является наиболее частым осложнением ЭПСТ. Для ликвидации его применяется консервативная терапия, а при необходимости – оперативное лечение.

Вторым по частоте встречаемости из осложнений ЭПСТ является кровотечение из разреза БСДК. В данном случае применим эндогемостаз и консервативная гемостатическая терапия. Особое внимание необходимо уделить последней у пациентов с механической желтухой и печеночной недостаточностью. Данные патологии сопровождаются гипокоагуляционным синдромом. В случае неэффективности эндогемостаза – открытая операция.

Менее частым осложнением ЭПСТ является перфорация ретродуоденальной части холедоха. В данном случае применимы стентирование холедоха, клипирование разрыва, а также назобилиарное дренирование с зондовым дренированием просвета ДПК.

Возможным осложнением ЭПСТ является также перфорация ДПК. В данном случае показана экстренная лапаротомия.

Острый холангит и папиллит в настоящее время являются редкими осложнениями ЭПСТ. Лечение – консервативное – этиотропная антибактериальная терапия.

Предотвратить вышеописанные осложнения ЭПСТ возможно при проведении активной медикаментозной терапии (гемостатической, спазмолитической, антисекреторной) в пред- и послеоперационном периоде и максимально детальной визуализации места оперативного вмешательства.

Педорец А.П., Гонтарь Е.А., Мороз А.Б.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

ПОДГОТОВКА БУДУЩЕГО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В СВЕТЕ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА НА КАФЕДРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

На кафедре терапевтической стоматологии, как и на стоматологическом факультете в целом, в течение довольно длительного времени успешно осуществляется систематическая и планомерная работа по реализации и развитию разработанной в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького системы подготовки специалистов. В рамках этой деятельности вначале нами были сформулированы конечные цели обучения стоматолога профессионального уровня «специалист». Эта работа впоследствии нашла отражение в государственных стандартах высшего стоматологического образования в виде общепрофессиональных и профессиональных компетенций деятельности врача-стоматолога.

На основании конечных целей обучения на кафедре были определены общие и конкретные цели изучения всех тем каждой дисциплины, и таким образом создана общая система целей. На последующем этапе были определены и переданы на кафедры предыдущего уровня преподавания перечни умений, без которых нельзя достичь целей изучения профильной дисциплины, то есть был сформирован исходный уровень умений для изучения каждой дисциплины. На основании созданной системы целей по каждой дисциплине мы отобрали блоки содержания, информационно обеспечивающие конкретную цель. Для каждой темы были построены графы логической структуры, которые позволяют студенту отобразить учебную информацию в необходимом порядке и объеме. Основываясь на разработанной системе, сотрудниками кафедр были созданы учебные пособия по отдельным разделам и темам каждого предмета, а также обучающие задания, средства контроля и методические рекомендации для преподавателей. Особое внимание уделяется самостоятельной внеаудиторной работе, для организации которой, прежде всего, к каждой теме были созданы методические указания. Методические указания обеспечивают строгую последовательность дея-

тельности обучающихся в условиях, максимально приближенных к реальности. С помощью этих методических указаний студент знакомится с целями соответствующей темы занятия и необходимым исходным уровнем, решает задания для его контроля и коррекции, знакомится со структурой будущего занятия, а самое главное – решает задачи, являющиеся основным средством достижения целей. Все составляющие таких заданий выражены в профессиональных умениях. Применение задач для освоения профессиональной деятельности в процессе обучения значительно усиливает дидактический эффект, особенно если задачи объединены в систему, охватывающую все цели темы и решаются в той же последовательности, в которой они расположены. Таким образом, уже во время внеаудиторной подготовки студент выполняет действия, подобные тем, которые будут затем выполняться им на аудиторном этапе, то есть на практическом занятии. Однако дать задания обучаемому недостаточно. Необходимо вооружить его средством для их решения. Таким средством является ориентировочная основа действия.

В настоящее время все учебно-методические материалы, обеспечивающие подготовку студентов к практическим занятиям и формирование соответствующих компетенций: тематические планы практических занятий и лекций, методические рекомендации, графы логических структур занятия, диагностические и тактические алгоритмы, интерактивные лекции и дополнительный лекционный материал, видеофильмы проведения практических навыков, литература и другие источники информации, тестовые задания, информация для проведения экзамена, экзаменационные банки тестовых заданий и ситуационных задач – в полном объеме представлены в информационно-образовательной среде. Созданные нами учебно-методические материалы управляющего типа реализуют все компоненты разработанной системы обучения и формирования соответствующих компетенций.

Пенюгина Е. Н., Лукогорская Н. Н.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА ВРАЧЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В СТАЦИОНАРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

В настоящее время в Российской Федерации для большинства подразделений государственных и муниципальных медицинских организаций штатные нормативы определяются Порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю медицинской помощи. К сожалению, не для всех подразделений медицинских организаций штатные нормативы устанавливаются централизованно. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 26 декабря 2016 г. № 997н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» штатную численность кабинета (отделения) функциональной диагностики устанавливает руководитель медицинской организации. Причем должен учитываться объем лечебно-диагностической работы, а для амбулаторных медицинских учреждений и численность обслуживаемого населения. В последние годы актуальной кадровой проблемой является дефицит врачебных кадров в отделениях функциональной диагностики больниц ввиду существенного увеличения уровня госпитализации.

Так, в 2019 году по сравнению с 2000 годом число госпитализаций в стационарные учреждения Санкт-Петербурга увеличилось в 1,5 раза: с 817459 до 1 261 757 случаев госпитализации. Причем, большинство случаев госпитализации осуществляется по экстренным показаниям и, соответственно значительная часть пациентов поступает в стационары без обследования на амбулаторном этапе, и требуется проведение значительного объема диагностических исследований при поступлении пациента в стационар. Следует также обратить внимание и на интенсификацию использования коечного фонда, сопровождающуюся ростом среднегодовой занятости койки и

оборота койки на фоне значительного сокращения средней длительности пребывания больного на койке. В связи с этим диагностические исследования должны выполняться в максимально короткие сроки.

Своевременность и качество выполнения диагностических исследований в значительной степени зависит от кадрового обеспечения диагностических подразделений. Анализ показателей укомплектованности штатных должностей врачей в отделениях (кабинетах) функциональных исследований стационаров Санкт-Петербурга свидетельствует о том, что штатные должности врачей функциональной диагностики в 2019 году были укомплектованы за счет замещения и совместительства лишь на 80,8%. Еще ниже оказались показатели укомплектованности штатных должностей физическими лицами у врачей функциональной диагностики (61,7%). Важным показателем, характеризующим не только уровень обеспеченности медицинских учреждений медицинскими кадрами, но и уровень нагрузки врачей является коэффициент совместительства. С учетом невысокого уровня укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами следовало бы ожидать высокого уровня коэффициента совместительства. Незначительно коэффициент совместительства варьировал у врачей функциональной диагностики (1,31). К концу 2019 года дефицит физических лиц физических лиц врачей функциональной диагностики составил 186 человек. Для решения проблемы дефицита врачей функциональной диагностики целесообразно не только увеличение выделяемых мест в ординатуру, но и осуществление профессиональной переподготовки врачей смежных специальностей.

Первак М.Б., Котлубей Е.В., Ганнова Е.В., Красная Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецкое областное клинико-территориальное медицинское объединение

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

Своевременно назначенное адекватное лечение значительно улучшает прогноз течения воспалительных заболеваний суставов, в связи с чем важнейшей задачей является их ранняя диагностика. Но некоторые клинические и рентгенологические признаки этих заболеваний являются общими с дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов. Кроме того, у одного и того же пациента возможно сочетание воспалительного и дегенеративно-дистрофического процесса.

Общими рентгенологическими признаками вышеназванных патологий являются сужение суставной щели, субхондральный склероз, регионарный или диффузный остеопороз. Однако очередность появления этих признаков различна. Так, при воспалительных процессах остеопороз является самым ранним признаком, предшествующим деструктивным изменениям в суставных отделах костей, а сужение суставной щели выявляется на более поздних этапах. При дегенеративно-дистрофических процессах в первую очередь поражается внутрисуставной хрящ, что проявляется как раз сужением суставной щели, а остеопороз развивается позже. Кроме того, при воспалительных поражениях преобладают процессы разрушения кости (рентгенологически проявляющиеся участками просветления в суставных отделах костей), и остеосклероз (визуализируемый как высокоинтенсивный ободок) развивается вокруг этих очагов деструкции,

отграничивая их от окружающей костной ткани. А дегенеративно-дистрофические процессы характеризуются преобладанием склерозирования суставных поверхностей костей (в ответ на разрушение внутрисуставного хряща), а также увеличением их площади за счет краевых костных разрастаний. Исходом воспалительного процесса в суставе в большинстве случаев является развитие истинного костного анкилоза (полное разрушение хряща и сращение костей между собой вследствие частичного или полного разрушения их суставных поверхностей, что рентгенологически проявляется отсутствием суставной щели и переходом костных балок с одной кости на другую). Исходом дегенеративно-дистрофического процесса также является практически полное разрушение внутрисуставного хряща, что рентгенологически проявляется отсутствием суставной щели. Но при этом склерозированные (высокоинтенсивные на рентгенограммах) суставные поверхности костей четко отграничены друг от друга и деформированы краевыми костными разрастаниями.

Таким образом, понимание причин и закономерностей появления различных рентгенологических признаков воспалительных и дегенеративно-дистрофических поражений существенно облегчает дифференциальную диагностику этих двух наиболее распространенных групп заболеваний суставов.

Петров А.В.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Таврическая академия

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ РУССКИХ И ИНОЯЗЫЧНЫХ ПОСТПОЗИТИВНЫХ ОСНОВ КОМПОЗИТОВ -ЛЕЧЕНИЕ И -ТЕРАПИЯ

Исследователи обратили внимание на то, что многие интернациональные знаменательные морфемы «сходны по значению с другими конкретными корневыми морфемами или целыми основами слов». Это же характерно не только для морфем, но и для основ слов, например, исконные слова лечить – лечение и заимствован-

ное из греческого языка терапия соотносятся в своих лексических значениях.

Единица терапия является и составной частью сложений, обозначает лечение способом, указанным в первой части слова, например: геммотерапия, рентгенотерапия, спелеотерапия.

Некоторые из сложений со второй частью

-терапия имеют равнозначные варианты с русским по происхождению опорным словом -лечение: аэротерапия – воздухолечение, гелиотерапия – солнцелечение и др. Однако, согласно неографическим источникам, модель с опорным компонентом интернационального характера является предпочтительней.

В композитах первыми компонентами выступают а) транслитерированные заимствованные единицы, ср. актин-о-терапия [гр. aktis (aktinos) луч], ампел-о-терапия [гр. ampelos виноград], бальне-о-терапия [лат. balneum ванна; купание] и др.; б) в меньшей степени основы русских нарицательных имен существительных, ср. орган-о-терапия, разговор-о-терапия, страх-о-терапия, труд-о-терапия.

Спектр сочетаемости у заимствованной основы -терапия шире. Второй компонент -терапия сочетается со следующими заимствованными основами: ампело-, бальнео-, баро-, вакцино-, вибро-, витамино-, гальвано-, гамма-, гемо-, гипно-, гормоно-, лазеро-, медулло-, механо-, пело-, пневмо-, рефлекс-, стрессо-, фаго-, фармако-, фито- и др. Из всего круга выделенных основ только несколько из них сочетаются и с исконной основой – вторым компонентом композитов: торфотерапия – торфолечение, радиотерапия – радиолечение, физиотерапия – физиолечебница, электротерапия – электролечение, электролечебница.

Пивнев Б.А., Кривонос Н.Ю., Преснухина И.И., Костенко Г.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ЦГКБ №3 г. Донецк

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА И САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕЖЕНЦЕВ СОВРЕМЕННОЙ ГРАЖДАНСКОЙ ВОЙНЫ

Больная З., 34 лет, проживала в зоне артиллерийских обстрелов, впервые поступила эндокринологическое отделение в феврале 2015 г. с жалобами на кожный зуд без элементов сыпи и необъяснимую жажду по вечерам. Сладкоежкой себя никогда не считала. Место жительства длительное время не покидала. При первичном обследовании был выявлен уровень глюкозы крови (9,8 ммоль/л), при проведении нагрузочной пробы – гликемия через 2 часа на уровне 13,4 ммоль/л. Данных в пользу аутоиммунного процесса выявлено не было. На протяжении 3-х лет получала метформин в дозе 500 мг 1 р/сутки, позднее – 2 р/сутки. При повторных плановых обращениях удерживалась нормогликемия на фоне соблюдения диеты. Около года не на-

блюдались в поликлинике в связи с отсутствием эндокринолога по месту жительства. Очередное обращение к участковому врачу в 2019 г. в связи с непереносимостью тепла, немотивированной раздражительностью и сердцебиениями. Была направлена в стационар. При поступлении жалобы также на нервозность без явных причин и потерю массы тела более 10 кг за 3-5 месяцев при соблюдении прежнего рациона. После прекращения обстрелов, более года, нормализовался сон. Из анамнеза жизни – в 2012 «самостоятельно» родила, при обследовании во время беременности никаких болезней не выявляли.

Иноязычные основы редко сочетаются с исконными основами лечение-, лечебница-: бальне-о- + грязелечебница, гальваногрязелечение, зафиксирована только одна исконная основа, которая сочетается с заимствованной основой терапия-: хладотерапия.

Наблюдается также тенденция расширения сочетаемости второго компонента сложения за счет аббревиатур; ср. КВЧ-терапия, где КВЧ – «крайне высокая частота»; УВЧ-терапия, УВК-терапия, СПА-терапия:

Производные с заимствованными и исконными основами выравниваются с точки зрения способности «склеивания» основ, однако при этом отметим большую комбинаторную возможность у заимствованного второго компонента -терапия. Композиты этого типа могут иметь в своем составе до четырех корней (ср. аэрогелиоталассотерапия); отмечены также конструкции с всеячим дефисом: аэро-, гелио- и гидротерапия, аэро-, гелио- и талассотерапия. Среди композитов с опорным компонентом -лечение зафиксированы только два четырехкорневых производных – грязеглиноторфолечение и электрогидросветолечение.

Таким образом, модель с опорным компонентом интернационального характера преобладает среди субстантивных композитов и активно обслуживает терминосистему русского языка.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычного цвета, периферические лимфоузлы не увеличены. Темпера-

тура тела 37,0°C. Визуально анатомический контур шеи сохранен, определяется некоторое увеличение размеров шеи. Пальпируются обе доли щитовидной железы и перешеек – мягкой консистенции, подвижные, безболезненные, кожа в области железы обычных свойств. Симптомы офтальмопатии не выявлены. Деятельность сердца ритмична ЧСС 97 в мин., тоны сердца звонкие, шумов нет. Границы сердца не изменены. АД 130/86 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови при поступлении: Эр–3,6*10¹², Нб – 121 г/л, лейкоциты – 4,2*10⁹: ю-1, п-1, с-67, м-5, л-24, б-1, э-1; СОЭ – 11 мм/ч; глюкоза крови 7,3 ммоль/л, HbA1c – 6,8%, протромбиновый индекс 79%, СРБ – отрицательный, общий ТЗ – 7,4 нмоль/л (N-1,2-2,7), Т4 – 241 нмоль/л (N-70-120), ТТГ – 0,6 ЕД/мл (N-1,2-2,8), тиреоглобулин 59,4 нг/мл (N-10-55); антитела к тиреоглобулину не выявлены, тиреоидстимулирующие антитела – «+», антитела к инсулину – 0,5 U/ml (< 5 – отриц.).

Анализ мочи при поступлении: уд. вес 1019, белок и сахар – нет, Л 0-3 в п/з, Эр 0-1 в п/з.

Инструментальное обследование: Сонография: доли щитовидной железы симметрично увеличены, паренхима однородная. Поджелудочной железы: контуры ровные, четкие, структура

средней эхогенности, размеры головки, тела, хвоста не увеличены. ЭКГ: ритм синусовый, регулярный с ЧСС 98 уд/мин, умеренные изменения в миокарде. Эхо-КГ: ФВ-69%, Полости не расширены. Миокард не утолщен. Глобальная сократительность не нарушена.

Диагноз: осн. Диффузно-токсический зоб II стадия, тиреотоксикоз. соп. Сахарный диабет, тип II, легкое течение, компенсация. Астено-невротический синдром.

Больной подобрано лечение: диета; мерказолил 10 мг 2 р/сутки, бисопролол 2,5 мг 1 р/сутки и пиоглитазон 15 мг 1 р/сутки, афобазол 10 мг 3 р/сутки. На фоне лечения у больной состояние улучшилось: нормализовался неврологический статус, достигнута нормокардия, сохраняется суточный контроль гликемии.

Из данного клинического случая видно, что в практическом ведении пациентки с сахарным диабетом, возникшем на фоне длительного интенсивного стресса (боевые действия по месту жительства), развитие второго эндокринологического заболевания может не быть связано с общим аутоиммунным компонентом, что на фоне отсутствия диспансерного учета могло привести к инвалидизации. Своевременная коррекция легким седативным препаратом позволила ускорить нормализацию эндокринного статуса по обоим заболеваниям.

Пивоварова Л.П., Осипова И.В., Арискина О.Б., Орлова О.В Гоголева Е.А., Чернявский И.В.

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

ИЛ-6 И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДА ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Введение. Критические состояния организма вне зависимости от причин их развития сопровождаются гипоксией смешанного типа, активацией воспаления и коагуляции, определяющих тяжесть течения и исход заболевания.

Цель. Определить лабораторные предикторы исхода острых церебральных нарушений и тяжелой ожоговой травмы.

Задачи. Исследовать содержание интерлейкина-6 (ИЛ-6) и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и пострадавших с ожоговой травмой (ОжТ) тяжелой степени тяжести в динамике острого периода и оценить прогностическое значение этих биомаркеров для исхода заболеваний.

Материалы и методы. Обследовано 47 человек с ОНМК. Средний возраст 74,0 (67;80,7) года. Шкала оценки тяжести инсульта NIHSS при

поступлении 10,0 (5,5;13,0). Индекс коморбидности Чарлсона у выписанных пациентов 5,75 (34человек), у умерших 7,2 (13 человек). Группа сравнения – 15 человек в возрасте 65 (62;67) лет. Группа пострадавших с ОжТ – 50 человек. Средний возраст 42,0 (30,0; 50,0) года. Тяжесть ожоговой травмы по индексу Франка 88,0 (67,0; 110,5). Выживших – 41 человек, умерших 9 человек. Содержание ИЛ-6, пг/мл (ИФА, Вектор-Бест, Россия), СРБ, мг/л (С-Reactive Protein, Roche) в сыворотке крови пациентов исследовали в 1, 3 и 10 сутки. Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием программ STATISTIKA 6.0.

Результаты исследования. Известно, что увеличение в крови больных концентрации СРБ, индуцированное усилением продукции ИЛ-6, наблюдается через 12-48 часов после начала острого воспаления и может свидетельствовать

о развитии системного воспаления при тяжелом инсульте и тяжелой ОжТ. У пациентов с ОНМК наблюдалось 10-13 кратное увеличение концентрации ИЛ-6 по сравнению с нормальными показателями (0,89(0,1;4,8)пг/мл) и было связано с исходом заболевания на всех сроках наблюдения (1 сутки $r=0,328$; $p<0,05$; 3 сутки $r=0,400$; $p<0,05$; 10 сутки $r=0,565$; $p<0,01$). У пострадавших с ОжТ содержание ИЛ-6 также многократно возросло, достигая максимального значения на 3 сутки наблюдения (311,4 (132,1;452,6)пг/мл) и также было связано с исходом травмы (3 сутки $r=0,674$; $p<0,05$; 10 сутки $r=0,515$; $p<0,001$). У пациентов с ОНМК отмечено увеличенное содержание СРБ на всех сроках наблюдения, с макси-

мумом на 3 сутки (15,0; (5,1;43,9)мг/л), которое коррелировало и исходом заболевания на 3 и 10 сутки наблюдения ($r=0,712$; $p<0,000$; $r=0,653$; $p<0,000$ соответственно). Установлено высокое значение чувствительности и специфичности СРБ (AUC =0,846) для исхода ОНМК. У пострадавших с ОжТ выявлена связь между увеличением концентрации СРБ (до 48,8 (37,3;109,3) мг/л) в 1 сутки после инцидента и исходом травмы ($r=0,743$; $p<0,01$).

Выводы. Маркеры острого воспаления ИЛ-6 и СРБ имеют высокую прогностическую значимость в отношении исхода при критических состояниях ОНМК и ОжТ.

Пискунова Н.В, Колесникова И.А., Герчикова А.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ГПОУ «Донецкий медицинский колледж», г.Донецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА COVID-19 И ВИРУСНОГО ГРИППА

Целью работы является анализ отличий и сходства COVID-19 и вирусного гриппа по литературным данным. Всемирная организация здравоохранения в марте 2020 объявила о пандемии нового коронавируса SARS-CoV-2 и вызываемой им атипичной пневмонии COVID-19. Вспышка коронавируса – чрезвычайная ситуация международного значения, система здравоохранения всего мира перегружена из-за новой вспышки коронавирусной инфекции.

В настоящее время к пандемии присоединились и другие сезонные вирусные заболевания, включая грипп. Вирусы COVID-19 и гриппа передаются воздушно-капельным, контактно-бытовым путем, при физическом контакте, через аэрозоль, а также загрязненные предметы. Средний инкубационный период при COVID19 от 5-6 дней до 14-24 дней, а при гриппе – от нескольких часов до 4 дней. Индекс репродукции при COVID выше, чем при гриппе, но это зависит от конкретных условий, что затрудняет сравнение.

При COVID19 дети в меньшей степени подвержены заражению, чем взрослые. В группу риска тяжелого течения заболевания входят люди старше 60 лет, пациенты с сахарным диабетом, болезнями органов дыхания, сердечно – сосудистой системы и онкологическими заболеваниями. Летальность составляет от 1 до 4%.

Изменения в легких при COVID19, наиболее детально изучены. Морфологическим субстратом поражения легких является специфическое диффузное альвеолярное повреждение в сочетании с вовлечением в патологический про-

цесс сосудистого русла легких и альвеолярно-геморрагическим синдромом. Причем, поражаются сосуды не только легких, но и других органов, развивается микроангиопатия в виде деструктивно-продуктивного тромбоваскулита, с нарушением функций органов и развитием тяжелых и смертельных осложнений. Тяжелое диффузное альвеолярное повреждение легких – синоним клинического понятия «острый респираторный дистресс-синдром» (ОРДС) и является основной причиной смерти. При тяжелой форме гриппа может развиваться внутрисосудистое свертывание крови (ДВС-синдром).

COVID19 и грипп имеют сходную клиническую картину. Течение их от бессимптомного или легкого до тяжелого со смертельным исходом. При гриппе меньше тяжелых и критических случаев, поэтому смертность при COVID, вероятно, выше, чем при сезонном гриппе. Эти заболевания сопровождаются кашлем и болью в груди, ломотой в суставах, головной болью, сильной слабостью, общим ощущением разбитости, иногда кишечными расстройствами. При COVID-19 один из частых симптомов – временная потеря обоняния, что, по-видимому, связано с поражением слизистой оболочки носоглотки и определенных отделов головного мозга, что не характерно для гриппа. При COVID-19 наиболее тяжелая одышка развивается к 6-8-му дню от момента заражения, что соответствует тяжелой форме пневмонии с развитием дыхательной недостаточности, ЧДС > 30 в минуту. На компьютерной томографии в легких определяется

«матовое стекло» >50%. При очень тяжелой/критической форме развиваются пневмония с ОРДС, сепсис, септический шок, полиорганная недостаточность, которые является причиной смерти больных.

Для лабораторной диагностики основное значение имеет выявление РНК SARS CoV-2 с помощью методов амплификации нуклеиновых кислот.

Победенная Г.П.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ИНТЕРЛЕЙКИН-8 КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МАРКЕР ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Воспалительный процесс в ТБД при бронхиальной астме (БА) является результатом действия медиаторов и цитокинов, секретируемых различными клетками. Интерлейкин (IL)-8 традиционно рассматривают как один из ключевых при ХОБЛ. Этот цитокин продуцируется моноцитами, лимфоцитами, нейтрофилами, фибробластами, эпителиальными клетками бронхов, мезангиальными клетками, эозинофилами и тому подобное, имеет хемотаксическую активность, привлекает в место повреждения нейтрофилы и Т-лимфоциты. Наряду с IL-1, IL-6, TNF-α его относят к провоспалительным цитокинам. Отмечена роль нейтрофильного воспаления при тяжелой БА.

Цель исследования: определение содержания и роли IL – 8 у больных БА разных степеней тяжести в сыворотке крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ).

Исследовано 94 больных БА: 52 – с легким течением БА, 23 больных – со среднетяжелыми и 19 больных с тяжелым течением заболевания. В сыворотке крови и в КВВВ IL-8 исследовался методом иммуноферментного анализа с использованием реактивов, разработанных в России (г. Санкт-Петербург). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

У больных среднетяжелой и тяжелой БА отмечались значительно повышенные показатели IL-8 в КВВВ больных при сравнении со здоровыми лицами и его значениями в сыворотке крови этих больных. Этот факт характеризует значительную выраженность местной воспаления и создает основания для акцента терапевтических усилий на местную воспалительную реакцию.

Показатель IL-8 в сыворотке крови больных с легким течением БА несколько повышался в период обострения болезни и восстанавливался после лечения. В сыворотке крови больных БА

Учитывая пути передачи инфекции, не стоит забывать о простых правилах профилактики: использовать маску, соблюдать гигиену рук и социальную дистанцию.

Выводы: Важно знать особенности и отличия COVID-19 и вирусного гриппа для правильной диагностики их, назначения адекватной терапии и своевременной госпитализации больных для предупреждения летальных исходов.

средней тяжести уровень IL-8 превышал таковой у здоровых лиц в 1,9 раза, а после лечения имел тенденцию к снижению. У пациентов тяжелой БА уровень IL-8 в сыворотке крови был выше, чем у здоровых лиц, а после лечения базисными средствами снижался, но остался выше аналогичного у здоровых лиц, что, очевидно, способствовало персистированию воспаления.

Показатель IL – 8 в КВВВ больных с легким течением БА несколько повышался в период обострения болезни и восстанавливался после лечения. В КВВВ больных БА средней тяжести при обострении уровень IL-8 повышался почти вдвое, а после лечения имел тенденцию к снижению. В КВВВ пациентов БА тяжелого течения также отмечался повышенный уровень IL-8, причем более значительный, чем в сыворотке крови. Более высокие концентрации IL-8 в КВВВ при сравнении с его концентрацией в сыворотке крови больных, очевидно, отражают паракринное значение этого цитокина и характеризуют большую выраженность местной воспалительной реакции над системной. Это может свидетельствовать о высокой местной и системной концентрации медиаторов воспаления, в частности, лейкотриенов, которые являются стимуляторами секреции IL – 8 нейтрофилами, моноцитами, эозинофилами, лимфоцитами. После лечения уровень IL-8 снизился, но остался выше показателя здоровых лиц, что, очевидно, способствовало сохранению инфильтрации бронхиальной стенки нейтрофилами и воспаления в ТБД. Этот факт может быть основанием для дополнения базисного лечения препаратами, способными модифицировать спектр лейкотриенов 4-й серии с выраженными провоспалительными и бронхоконстрикторными свойствами на лейкотриены с меньшим провоспалительным действием (5 – й серии).

Таким образом, у больных среднетяжелой и, особенно, тяжелой БА отмечаются значительно повышенные показатели IL-8 в КВВВ при сравнении со здоровыми лицами и значениями этого цитокина в сыворотке крови больных. Этот факт

характеризует значительную выраженность местного воспаления и создает основания для рассмотрения значительного повышения IL-8 в качестве маркера формирования тяжелого течения БА.

Победенная Г.П., **Вагина Ю.И., *Кострюкова Л.Н.,**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР,

**ГУ «Луганская городская многопрофильная клиническая больница № 1», г. Луганск, ЛНР,

*** ГУ «Луганская городская поликлиника № 12», г. Луганск, ЛНР

ПРЕДИКТОРЫ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Пневмония (П) – распространенное заболевание, значимость которого повышается в эпидемический сезон гриппа и ОРВИ. Лица с ожирением имеют риск развития П в 2 раза выше, чем в популяции. Сочетание ожирения с П утяжеляет течение П и является фактором риска осложнений, а иногда и летального исхода. В формировании осложнений пневмонии, сочетанной с ожирением, важное значение имеют микроциркуляторные расстройства, которые существенно усугубляют течение вирусной пневмонии.

Цель работы – определить состояние микроциркуляции при негоспитальной пневмонии, сочетанной с ожирением.

Материал и методы: исследованию подлежали 79 пациентов с негоспитальной П третьей клинической группы, в среднем возрасте (34,8±3,7) лет, среди которых мужчин было 37, женщин – 42. Все больные лечились в терапевтическом отделении городской больницы. Среди исследованных только П была у 34 пациентов (I группа), сочетание П с ожирением отмечалось у 45 человек (II группа). Исследовали состояние агрегационной способности тромбоцитов кро-

ви, сорбционную способность мембран эритроцитов (ССЭ) и их средний корпускулярный объем (MCV).

Результаты. У больных I группы отмечались повышенными все показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегационной способности тромбоцитов со снижением показателя времени дезагрегации. У пациентов II группы все исследованные значения агрегационной способности тромбоцитов выявлялись достоверно выше с более значительным сокращением времени дезагрегации. У лиц I группы наблюдалось увеличение ССЭ в 1,4 раза и MCV – на 10% по сравнению с нормой, а у больных II группы – ССЭ была в 2 раза выше нормы и в 1,3 раза – чем аналогичная в I группе при более значительном повышении MCV.

Выводы. Таким образом, повышение агрегационной способности тромбоцитов при увеличении ССЭ и MCV создавало предпосылки для развития микроциркуляторных расстройств при пневмонии, ассоциированной с ожирением, что может способствовать затяжному течению пневмонии.

Победенная Г.П., Котова И.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БРОНХОМУНАЛА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С СД 2-ГО ТИПА НА ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Важным звеном патогенеза коморбидности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и сахарного диабета (СД) 2-го типа является снижение неспецифической иммунной защиты, которое характеризуется угнетением функциональных свойств фагоцитирующих кле-

ток и тем самым оказывая негативное влияние на течение ХОБЛ. Поиск рациональных методов медицинской реабилитации пациентов с обострением ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа является актуальной задачей, так как позволил бы снизить количество обострений и осложнений

ХОБЛ, улучшив качество жизни пациентов.

Цель работы- оценить функциональные свойства фагоцитирующих клеток, после курсового приема бронхомунала пациентами с ХОБЛ, в сочетании с СД 2-го типа.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 73 пациента с ХОБЛ кл. группы В (GOLD II) в сочетании с СД 2-го типа в фазе компенсации. Пациенты были поделены на группы А и Б. Группа А состояла из 38 человек, которые получали базисную медикаментозную терапию согласно клиническим протоколам лечения ХОБЛ. Группа Б, которая включала 35 пациентов, в дополнение к базисной терапии, получала препарат «Бронхомунал» по предложенной схеме, которая была представлена 3 курсами приема препарата, по 1 таб. (7 мг) 1 раз в день в течение 10 дней с 20-дневным перерывом. Пациенты были обследованы клинически и с применением лабораторных методов исследований. Для определения фагоцитарной активности, использовались моноциты периферической крови, которые выступали в качестве модели фагоцитирующей клетки. Исследование проводилось через 1, 3 и 6 месяцев после выписки из терапевтического стационара. Определя-

лось фагоцитарное число (ФЧ) и фагоцитарный индекс (ФИ) моноцитов. Исследование проводилось чашечным методом. Для объекта фагоцитоза использовалась живая суточная культура *St. aureus*.

Также были обследованы 33 практически здоровых добровольца для создания референтной нормы показателей.

Выводы: У пациентов группы Б, после применения бронхомунала 3-х кратным курсом, наблюдалась более положительная тенденция показателей фагоцитарной активности и к концу 3-го месяца показатели достигали нижних границ референтной нормы. ФЧ группы Б стало выше, чем в группе А в 1,4 раза. ФИ имел схожую тенденцию и превышал значения в группе Б в 1,2 раза по сравнению с группой А. При клиническом осмотре, пациенты группы Б, реже жаловались на кашель со слизисто-гнойным отделяемым и общую слабость, чем пациенты группы А. Таким образом, бронхомунал влияя на функциональную активность моноцитов, улучшает клиническое благополучие пациентов, снижает риски обострений и осложнений у пациентов с ХОБЛ, сочетанной с сахарным диабетом 2-го типа.

Победенная Г.П., Ярцева С.В., Скиба Т.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, ЛНР

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ВСЕГДА ЛИ «ЗА»?

Бронхиальная астма (БА) – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний у детей и взрослых. В настоящее время выделены эндотипы Т2 и не Т2. Т2 – IgE-опосредованная, эозинофильная БА с ключевыми биомаркерами интерлейкином (ИЛ)-4 и ИЛ-13, эозинофилами в крови и мокроте, НеТ2 – нейтрофильная, связанная с ожирением, наличием нейтрофилов в мокроте и крови. Нейтрофильный эндотип БА нуждается в тщательном изучении для поиска мишеней для эффективного лечения. Одними из медиаторов воспалительного процесса при тяжелых обострениях БА являются лейкотриены. В настоящее время известно 5 видов лейкотриенов: А, В, С, D, Е. Таргетное воздействие на цистеино-вые лейкотриены осуществляется с применением антилейкотриеновых препаратов (АЛП). АЛП показаны в комплексном лечении БА легкой и средней степени тяжести, фенотипе с эозинофильным воспалением, при сочетании БА и аллергического ринита, при аллергическом рините и назальных полипах, БА физического усилия, аспириновой астме, приступах

бронхоспазма при вдыхании холодного воздуха, стероидофобии и ингаляторфобии в педиатрии как альтернатива ИГКС при легких формах БА. Однако, структура цистеиновых лейкотриенов С, D, Е и В4 различна и отличается отсутствием пептидной группы в структуре лейкотриена В4.

Цель работы: определить динамику лейкотриена (ЛТ) В4 в сыворотке крови и моче пациентов с тяжелой персистирующей бронхиальной астмой (БА) на фоне базисного лечения с применением антилейкотриеновых препаратов (АЛП).

Материал исследования: 89 больных БА тяжелого персистирующего течения в среднемтяжелом обострении в возрасте (34,5±3,7) г., в т.ч. мужчин – 35 (39,3%), женщин – 54 (60,7%). Все больные согласно виду терапии были разделены на 2 группы – основную (45 человек) и сравнения (44 больных). Помимо рутинного лабораторного исследования крови, мочи и мокроты пациентов, в сыворотке крови и моче больных изучали концентрацию ЛТВ4 при поступлении в стационар утром и вечером, при выписке и через месяц диспансерного наблюдения методом

иммуноферментного анализа с использованием стандартных коммерческих наборов для ЛТВ4. Основная группа лечилась с применением препаратом согласно действующим рекомендациям с дополнением антилейкотриенового препарата (АЛП) монтелукаст натрия 10 мг (1 таб.) на ночь. Больным группы сравнения АЛП по разным причинам (высокая стоимость, плохая переносимость и др.) не назначался. Контрольную группу составили 29 здоровых лиц того же возраста и пола.

Результаты. При исследовании функции внешнего дыхания было выявлено, что у больных БА объем форсированного выдоха за первую секунду ОФВ1 при поступлении в обострении составлял $(52,7 \pm 3,8)\%$, в мокроте пациентов отмечались преимущественно нейтрофильные лейкоциты. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) в утренние часы достигала $(234,2 \pm 15,8)$ л/мин., в вечерние – $(316,3 \pm 15,7)$ л/мин, суточная вариабельность ПСВ составила $35,1 \pm 2,8\%$. В начале наблюдения у пациентов обеих групп в утрен-

ние и вечерние часы отмечались значения ЛТВ4, в 17 раз превышающие таковые у здоровых лиц. На фоне прово-димой терапии в обеих группах к концу курса терапии обострения концентрация ЛТВ4 снижалась в 1,3 раза от исходной в обеих подгруппах. При этом концентрация ЛТВ4 в моче за тот же период повысилась, в среднем, в 2 раза по сравнению с начальной. Через 1 месяц после выписки при продолжении выбранного варианта лечения в каждой из групп продолжилось снижение уровня лейкотриенов в сыворотке крови в 1,5 раза от исходной в начале терапии и в 3 раза – в моче. При этом различие в концентрациях лейкотриенов в обеих подгруппах было незначительным. Суточная вариабельность ПСВ негативно коррелировала с утренними и вечерними значениями ЛТВ4 в сыворотке крови ($r = -0,426$, $p < 0,05$).

Выводы. Антилейкотриеновые препараты оказались недостаточно эффективными при БА с нейтрофильным фенотипом воспаления из-за высокой концентрации лейкотриена В4.

Победенный А.Л.

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР, г. Луганск, ЛНР

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИММУНОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ

В восстановительном периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ) средней тяжести – ушиба головного мозга как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде при формировании расстройств и осложнений важное место принадлежит иммунной системе, влияние которой осуществляется с помощью различных цитокинов. Цитокинам по современным данным принадлежит существенная роль в формировании тяжести течения послеоперационного периода и обсуждается их значение как маркеров тяжести и прогноза состояния больных. Рациональная иммунокоррекция при добавлении к традиционному лечению может способствовать снижению частоты послеоперационных осложнений у больных и улучшить прогноз.

Целью работы было определение содержания про – и противовоспалительных цитокинов, иммуноглобулинов (Ig) А, М, G у больных с ЧМТ средней тяжести – ушибом головного мозга, осложненным гематомой различной локализации в ранний послеоперационный период, через 3 дня через 2 недели после операции.

Исследованию подлежали 19 больных с

черепно-мозговой травмой – ушибом головного мозга, осложненным гематомой различной локализации и величины. У всех больных в сыворотке крови после оперативного вмешательства определялось содержание провоспалительных цитокинов – интерлейкина (IL)1 β , γ -интерферона (IFN) и противовоспалительного IL-4 методом иммуноферментного анализа через 1 сутки, 3 суток и 2 недели после проведенной операции. Дополнительно к общепринятому лечению больным добавлялся препарат имунофан в виде 0,005% раствора по 1 мл в ампулах для внутримышечных инъекций. Контрольную группу составили 18 человек с ЧМТ, которым назначалось традиционное лечение без имунофана.

У всех исследованных через день после оперативного вмешательства значения IL-1 β превышали референтную норму, в среднем, в 5 раз, наибольшие показатели отмечались в трехдневный срок после операции, и затем наблюдалось его плавное снижение, однако, перед выпиской из стационара контрольных значений достигнуто не было. Концентрация IL-4 была несколько выше, чем контрольные значения, достигала

максимума на 3-5 день после операции и затем также снижалась, но не достигала контрольных значений. Содержание γ -IFN не отличалось от референтной нормы, повышалось на 3и сутки после операции и затем удерживалось на повышенном уровне. Существенных изменений содержания IgA, IgM, IgG в сыворотке крови исследованных больных в первые сутки после оперативного вмешательства не происходило, затем наблюдалось повышение IgM и IgG.

Таким образом, у больных с ЧМТ – ушибом головного мозга, осложненным гематомой различной локализации и величины, в первые сутки после операции происходило увеличение содержания IL-1 β , как „стартового», и, очевидно, наиболее чувствительного. В ответ на повышение

IL-1 β включались компенсаторные механизмы с повышением содержания IL – 4 и γ -IFN. У пациентов, которые лечились с дополнительным введением имунофана к концу второй недели наблюдения отмечалось более существенное снижение уровней IL-1 β , противовоспалительного IL-4 и повышение γ -IFN, чем у больных контрольной группы. У них же наблюдалась более существенная положительная динамика клинического состояния.

Вывод. Рациональная иммунокоррекция больных ЧМТ в послеоперационном периоде способствует более существенной положительной динамике их иммунных показателей и более быстрому улучшению клинического состояния пациентов.

Поважная Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Терещенко И.В., Швиренко И.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ДИАГНОЗЕ

В зависимости от причин, которые предусматривают применение реабилитационных мероприятий, а также особенностей состояния больного или инвалида, их функциональных возможностей, двигательного опыта, возраста, пола, состав специалистов, методов и средств будет различным, т.е. реабилитация нуждается в индивидуальном подходе к пациентам с учетом их реакции на ее применение. Повышение эффективности реабилитационных мероприятий напрямую связано с приведением механизмов патогенеза в русло саногенеза. Отсюда вытекает положение о необходимости синдромологического анализа клинической картины болезни и в связи с этим – выбор оптимального физического лечебного фактора с учетом синдромально-патогенетического подхода. Понятие патогенез и этиология тесно связаны и детерминированы, поэтому патогенетическая терапия влияет в известной степени на причину заболевания. Для оптимального выбора методов лечения необходимо предварительно оценить функциональное состояние регуляторных систем организма: сердечно-сосудистой, центральной нервной, эндокринной и иммунной.

Принцип оптимальности болезни нуждается в дополнении диагноза информацией о степени оптимальности (неоптимальности) в развитии болезни. Диагноз болезни, диагноз больного никогда не полные, если не содержат сведений о степени оптимальности (степень отклонений от оптимального варианта) болезни и основных синдромов. Вне этих данных врач не имеет до-

статочной информации для правильного осуществления лечебного процесса.

Представление медицинской реабилитации как науки оптимизации реактивности организма требует разработки стройной системы не только лечения, но и диагностики с постановкой реабилитационного диагноза, который заносится в историю болезни пациента, находящегося на реабилитации. Механизмы лечебных эффектов физических факторов в значительной степени реализуются через влияния на вегетативный тонус больного. Учитывая синдромальную, топическую направленность физиотерапии в реабилитационном диагнозе кроме вегетативного тонуса целесообразно указывать синдром органной недостаточности и параметры гомеостаза. Например, пациенту выставлен клинический диагноз: «Деформирующий остеоартроз коленных суставов, НФ2. Варикозная болезнь в стадии субкомпенсации». Реабилитационный диагноз этого пациента оформляется следующим образом: «Ваготония. Дисциркуляторная (венозная недостаточность 2 ст.) артропатия коленных суставов НФ2». В случае деформирующего остеоартроза коленных суставов на фоне болезни Рейно или атеросклероза нижних конечностей реабилитационный диагноз оформлен так: «Симпатотония. Дисциркуляторная (артериальная недостаточность 1-3 ст.) артропатия коленных суставов НФ1-3».

В течение всех этапов реабилитации непрерывность и последовательность реабилитационных мероприятий важна как в пределах одного

этапа, так и при переходе от одного до другого. Для повышения качества реабилитации важно, чтобы на каждом этапе в реабилитационной карте было отражен реабилитационный диагноз, какие методы и средства лечения и реабилитации применялись, которым было функциональное состояние реабилитанта. Этой цели может также служить обменная карта, в которой приведены короткие сведения о клинико-функциональном

состоянии больного, его толерантность (переносимость) к физическим нагрузкам, применяемые средства и методы реабилитации. При переходе на другой этап реабилитации важно вносит изменения в реабилитационный диагноз, если у пациента произошли какие-то изменения, восстановился баланс отдельных систем, или появился новый дисбаланс. Все это потребует изменения схемы реабилитационного лечения.

Подолька В.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЭКСТРЕННОЙ (СКОРОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ЛЕЧЕБНОЙ СЕТЬЮ ЛПУ ВСЕХ УРОВНЕЙ

Актуальность. Среди проблем структурного реформирования отрасли здравоохранения важнейшее значение имеет совершенствование службы скорой медицинской помощи и ее совместная работа с лечебно-профилактической сетью по своевременной квалифицированной помощи в едином медицинском пространстве.

Результаты. В результате проведенного анализа, можно сделать вывод, что сложившаяся система организации скорой медицинской помощи населению, ориентирована на оказание пациентам максимального объема помощи на догоспитальном этапе, не обеспечивает необходимой эффективности, являясь к тому же высокозатратной. Как показывает анализ, почти в 60% случаев служба скорой медицинской помощи выполняет не свойственные ей функции, подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию помощи на дому и транспортировке больных.

С целью унификации требований к оказанию медицинской помощи последний приказ МЗ ДНР №1451 от 16 августа 2019 года «Об утверждении Порядка оказания экстренной (скорой), в том числе выездной консультативной специализированной экстренной медицинской помощи» утвердил Порядок оказания экстренной (скорой), в том числе выездной консультативной специализированной экстренной медицинской помощи.

Экстренная выездная консультативная специализированная медицинская помощь оказывается лицам, находящимся временно или постоянно на территории Донецкой Народной Республики, гражданам Донецкой Народной Республики и гражданам иностранных государств.

На догоспитальном этапе оказания медицинской помощи – это оказание пациентам первой помощи, первой врачебной медицинской по-

мощи и квалифицированной врачебной помощи вне учреждения здравоохранения, а также в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения.

Экстренная (скорая) медицинская помощь на территории Донецкой Народной Республики вне учреждений здравоохранения оказывается круглосуточно взрослому и детскому населению бригадами СМП(скорая медицинская помощь) на основе стандартов медицинской помощи, локальных клинических протоколов (разработанных на основании унифицированных клинических протоколов).

Все тактические решения - врач-консультант скорой помощи принимает совместно с сотрудниками учреждения здравоохранения с учетом динамики в состоянии пациента, возможностей отделения, в которое предполагается госпитализация больного.

Учреждение здравоохранения, в которое доставлен пациент, врачом-консультантом службы скорой помощи госпитализирует данного пациента. В случае возникновения разногласий в вопросах соответствия диагноза и правильности выбора лечебного учреждения к решению вопроса привлекается администрация скорой помощи, главные республиканские специалисты по соответствующему профилю.

Учитывая высокий уровень заболеваемости Covid-19 на госпитальном этапе, к оказанию скорой медицинской помощи наравне с многопрофильными стационарами привлекаются больницы, зачастую не имеющие необходимого набора специалистов и лечебно-диагностических технологий, что сказывается на результатах диагностики и лечения.

Выводы. В настоящее время можно отметить удовлетворительную совместную работу службы скорой медицинской помощи с обще-

больничной лечебной сетью всех уровней. Для дальнейшего улучшения этой работы необходимо внедрить сквозной характер стандартов сво-

временности и контроля качества медицинской помощи, что позволит отработать дальнейшие этапы совместной работы.

Полякова А.В., Вознюк И.А., Токарева Д.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРЕЗЕ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Введение. Инвалидность после инсульта или травмы головного мозга наиболее часто ассоциирована с нарушениями движения, речи, глотания и снижением когнитивных способностей. К концу острого периода инсульта силовые парезы в руке и ноге разной степени наблюдаются у 80-90% среди выживших. В случае интенсивного реабилитационного лечения с использованием современных технологий, оснащенных биологической обратной связью, применения функциональной и мультимодальной стимуляции и роботизированных устройств доля восстановленных до уровня самообслуживания возрастает в 1,5 – 2 раза. Современный опыт создания алгоритмов наиболее эффективной помощи пациентам с двигательными нарушениями привел к внедрению нового направления – ранней реабилитации, оснащенной устройствами функциональной электростимуляции (ФЭС) с программным обеспечением, позволяющим создать среду и условия для облегчения двигательных актов у пациентов с грубым нарушением мышечной силы и утратой контроля за движениями. Наибольшей результативности можно достичь при вовлечении в процесс тренинга мультимодальной стимуляции двигательного ответа, используя такую методику, как ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС).

Цель: оценка эффективности функциональной электростимуляции (ФЭС) в комплексе мультимодального воздействия при восстановлении движений у пациентов с парезом верхней конечности при ОНМК.

Методы. Стимуляционные и нейропротезирующие методы (ФЭС, рТМС) применялись как основная лечебная программа восстановительного лечения для пациентов с двигательными нарушениями верхней конечности после ишемического инсульта (n=140). Медиана давности инсульта составляла 25 [13; 56] суток, медиана возраста 52 [48; 69] лет. Были использованы методы стандарта диагностики и протокола лечения пациентов с ОНМК в соответствии с ПР МЗ РФ № 928н и 1705н (2012г.), а также шкалы и опросники для оценки утраты силы и объема

двигательных нарушений, оценки депрессии и мотивации к лечению ((Motricity Index, (1990), Fugl-Meyer A.R., (1975), Medical Research Council Weakness Scale (1981, MRC), Modified Ashworth Scale (MAS), Beck Depression Inventory; Beck A.T. (1961), Recovery Locus of Control, Patridge C., Johnstone M., (1989).

Результаты: Была показана эффективность персонифицированной терапии с применением ФЭС у больных в остром периоде ишемического инсульта. Результаты зависят от базовых характеристик заболевания, наиболее актуальными из них явились – размер очага, степень неврологического дефицита, личная мотивация. Дополнительное использование ботулинического токсина позволило устранить тормозящее действие спастичности, что расширило возможность применения интенсивных методов физической реабилитации. ФЭС позволила значительно повысить уровень самообслуживания пациентов с парезом верхней конечности. Использование рТМС усиливает двигательный акт за счет активации дистального отдела конечности, укорачивая период включения собственных мышц и помогала сократить период ожидания, когда можно приступить к активной работе. Сочетание рТМС и ФЭС подготовило к восстановлению двигательного акта, включенного в ежедневные элементы самообслуживания, тем самым эффективно снизив депрессию и повысив мотивацию больного.

Заключение: Использование в остром периоде инсульта комплекса стимулирующих персонифицированных методик оправдано и безопасно. Применение ФЭС значимо повышает объем движений в руке, способствует преодолению силового пареза, нарушений координации, увеличивает общий уровень физической активности пациентов после инсульта, мотивацию к восстановительному процессу и улучшает качество жизни. Применение мультимодальной стимуляции (рТМС и ФЭС) у больных ОНМК в остром и раннем восстановительном периоде позволяет более эффективно восстанавливать двигательные функции и повышать повседневную активность.

Полякова А.В., Тамаев Т.И., Токарева Д.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА ПОСЛЕ МИКРОДИСКЭКТОМИИ

Рост хирургической активности в отношении пациентов с хроническими болевыми синдромами в позвоночнике с одной стороны и появление малоинвазивных хирургических методик с другой стороны привели к увеличению количества больных, у которых данные вмешательства не имели ожидаемого положительного эффекта. Это состояние, описанное как синдром оперированного позвоночника, требует особого подхода в раннем реабилитационном периоде, особенно тщательно подобранной, индивидуально разработанной программы реабилитации.

После микродискэктомии риск последующей дегенерации диска минимальный, но по данным ряда авторов, существует опасность недооценки нестабильности в выше- и нижележащем сегменте позвоночника, развитии эпидурального фиброза и рецидивов грыж. Болевой синдром в спине, часто сохраняющийся после операции (до 80% случаев), значительно снижает качество жизни пациентов. В клинике для лечения подобных больных используется мультидисциплинарный подход, основанный на патогенетическом варианте возникновения боли.

Пациенты активизируются в ранние сроки после хирургического вмешательства. Вертикализация начинается в первые сутки после операции, индивидуальные занятия лечебной физкультурой с 3 суток после операции. Комплекс упражнений разрабатывается индивидуально, в зависимости от состояния мышц стабилизаторов. Активно используется работа на системах с разгрузкой веса тела.

Медикаментозная терапия включает применение нестероидных противовоспалительных средств, препаратов, улучшающих кровообращение, стимулирующих венозный отток при сосудистом венозном патогенетическом варианте развития болевого синдрома, применяются миорелаксанты в случае повышенного мышечного тонуса. При наличии клинических и электрофизиологических признаков повреждения корешков и нервов используются ремиелинизаторы (препараты альфа-липоевой кислоты). При необходимости применяются блокады фасеточных суставов под контролем ультразвука, паравертебральные блокады и блокады триггерных точек.

Физиотерапевтическое лечение в мировой практике имеет спорную доказательную базу, тем не менее, ряд методик с успехом применяются у больных с синдромом оперированного позвоночника. Основной задачей физиотерапевтического лечения является обезболивание. С этой целью применяется лекарственный электрофорез, амплипульстерапия, магнитотерапия, фонофорез. В последнее время благоприятный эффект, ускоряющий реабилитацию, отмечается от многоуровневой стимуляции – сочетание ритмической магнитной спинальной стимуляции («Нейрософт») и многоканальной электростимуляции. Ритмическая магнитная стимуляция активизирует процессы репарации периферических нервов, нормализует тонус артериальных сосудов, улучшает венозный отток и уменьшает болевой синдром. Многоканальная электромиостимуляция позволяет поддерживать тонус мышц в эффективном состоянии, осуществляет восходящую импульсацию, позволяет сохранить мышечную массу.

Таким образом, в лечении синдрома оперированного позвоночника, имеет значение раннее начало реабилитационных мероприятий в комплексе с медикаментозной терапией, подобранной согласно патогенетическому варианту болевого синдрома. Мультидисциплинарный подход обеспечивает более быстрое возвращение активностей больного. Применение локальной ритмической магнитной стимуляции в раннем реабилитационном периоде приводит к более полному восстановлению функции, регрессу болевого и мышечно-тонического синдрома, эти данные требуют дальнейших наблюдений.

Помников В.Г., Пенина Г.О., Заславский А.С.

Федеральное Государственное Учреждение Дополнительного Профессионального Образования «Санкт-Петербургский Институт Усовершенствования Врачей Экспертов» Минтруда России, ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», ГУ РК «Коми республиканская больница».

ИТОГИ 10 ЛЕТ АНАЛИЗА РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕСПУБЛИКИ КОМИ. ИШЕМИЧЕСКОЕ ОНМК В РАЙОНАХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

За период наблюдения (сентябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.) в Регистр внесено 19984 человека с установленным диагнозом ОНМК. Средний возраст пациентов с инсультом составил $64,35 \pm 12,65$ лет. Среди изучаемых пациентов с ОНМК значимо преобладают женщины (10276 человек, 51,4%), гендерный индекс 1,06:1. Пациенты с геморрагическим инсультом (САК, внутримозговые кровоизлияния) составили 15,1% от числа пациентов за весь период наблюдения. Пациенты, перенесшие ишемический инсульт – 80,7%. Остальные пациенты перенесли инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт.

За период наблюдения (ноябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.) в Регистр внесено 4987 человек, проживающих на территориях крайнего севера, с установленным диагнозом ОНМК ишемического типа. Средний возраст пациентов с ишемическим инсультом составил $62,7 \pm 12,1$. Среди изучаемых пациентов с ОНМК ишемического типа значимо ($p < 0,01$) преобладают женщины (2571 человек, 51,5%), гендерный индекс 1,06:1. Средний возраст мужчин с ишемическим ОНМК составил, по данным регистра инсульта, $58,9 \pm 10,6$ года, средний возраст женщин – $66,4 \pm 12,3$ года, т.е. женщины достоверно старше ($p < 0,001$). Первичные пациенты составили 69,8% от общего числа больных, повторные ишемические инсульты у пациентов, проживающих на крайнем севере, были зафиксированы у 1207 пациентов. Нейровизуализационное исследование (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) проводилось, по данным регистра, только 3002 пациента (60,02%). Во всех остальных случаях диагноз был выставлен исключительно на основании клинических данных. По имеющимся в регистре сведениям, пациенты с ишемическим инсультом, выжившие в течение 21 дня, составили 84,2% (4201 человек), умершие – 11,5% (574 человек), остальные 4,3% были выписаны ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составляют 12% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом. Изучение данных о распределении случаев инсульта по месяцам показывает, что больше всего пациентов с ОНМК ишемического типа – 10,7%, 536 человек – в течение года госпитализировано в январе, наименьшее число

– 6,4%, 319 человек – в декабре (различия значимы, $p < 0,05$). Оценка сезонности распределения выявила, что наибольшее количество пациентов с ишемическим инсультом регистрируется в весенний период (27,9%), с $p < 0,05$ выявляются достоверные различия между весенним и осенним периодами. Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с ишемическими инсультами значимо ($p < 0,001$) преобладает артериальная гипертензия, отмеченная у 4755 пациентов (95,3%). Дислипидемия выявлена у 37,1% пациентов с ишемическим ОНМК. Курение как фактор риска отмечено у 33,3%. Мерцательная аритмия встречалась у 16,7% пациентов. Патологии сердечно-сосудистой системы отмечается у 34,4% пациентов. У меньшего количества пациентов (16,4%) отмечен сахарный диабет. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 8,6% пациентов с ишемическим инсультом. Связь заболевания с перенесенным стрессом отмечает только 8,7% больных.

В Регистр внесено 11142 человека, проживающих на южных территориях республики (районах, приравненных к крайнему северу), с установленным диагнозом ОНМК ишемического типа. Средний возраст пациентов с ишемическим инсультом составил $66,2 \pm 12,3$. Среди изучаемых пациентов с ОНМК ишемического типа значимо ($p < 0,01$) преобладают женщины (5685 человек, 51%), гендерный индекс 1,04:1. Средний возраст мужчин с ишемическим ОНМК составил, по данным регистра инсульта, $62,6 \pm 11,6$ года, средний возраст женщин – $69,7 \pm 12$ года, т.е. женщины достоверно старше ($p < 0,001$). Первичные пациенты составили 64,1% от общего числа больных, повторные ишемические инсульты у пациентов, проживающих на территориях, приравненных к крайнему северу, были зафиксированы у 2335 пациентов. Нейровизуализационное исследование (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) проводилось, по данным регистра, только 6619 пациентов (59,4%). Во всех остальных случаях диагноз был выставлен исключительно на основании клинических данных. По имеющимся в регистре сведениям, пациенты с ишемическим инсультом, выжившие в течение 21 дня, составили 76,5% (8520 человек), умершие – 15% (1676

человек), остальные 8,5% были выписаны ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составляют 16,4% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом. Изучение данных о распределении случаев инсульта по месяцам показывает, что больше всего пациентов с ОНМК ишемического типа – 9,8%, 1093 человека – в течение года госпитализировано в мае, наименьшее число – 7,2%, 804 человека – в декабре (различия значимы, $p < 0,05$). Оценка сезонности распределения выявила, что наибольшее количество пациентов с ишемическим инсультом регистрируется в весенний период (27,8%), с $p < 0,05$ выявляются достоверные различия между весенним и лет-

ним периодами. Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с ишемическими инсультами значимо ($p < 0,001$) преобладает артериальная гипертензия, отмеченная у 10477 пациентов (94%). Дислипидемия выявлена у 47,4% пациентов с ишемическим ОНМК. Курение как фактор риска отмечено у 29,7%. Мерцательная аритмия встречалась у 24% пациентов. Патологии сердечно-сосудистой системы отмечается у 49% пациентов. У меньшего количества пациентов (19,1%) отмечен сахарный диабет. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 15,1% пациентов с ишемическим инсультом. Связь заболевания с перенесенным стрессом отмечает только 9,1% больных.

Пономарева Г.М., Пенина Г.О

ФГБОУ ВО СГУ им. Питирима Сорокина, г. Сыктывкар, ФГБУ ДПО СПБИУВЭК, г. Санкт-Петербург, Россия

МКФ И ПАЦИЕНТЫ С СТРУКТУРНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ (ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СТРУКТУР ОРГАНИЗМА)

Целью работы явилась отработка методических аспектов применения Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья для оценки функционального статуса больных структурной эпилепсией в республике Коми. Предметом исследования была оценка состояния здоровья пациентов со структурной эпилепсией с помощью МКФ. Были изучены данные всех пациентов со структурной эпилепсией (143 случая) в течение одного года. Оценивался функциональный статус пациентов по МКФ.

Оценка включала анализ нарушений структур организма больных, реализующих выполнение функций, определяющих личностные особенности, наличия проблем в их окружении жизнедеятельности, где путем опроса были выявлены способности и ограничения в сфере самообслуживания, самостоятельного передвижения, обучения и межличностной коммуникации.

Полученные данные обрабатывались вручную. Для грубой оценки функционального статуса использовались домены первого уровня, а для более точной оценки – домены второго уровня, отражающие глубину нарушения.

По МКФ после оценки функций организма проводилась оценка структуры организма, выполняющих эти функции. В таблице 3 представлены нарушения структур организма по доменам первого уровня.

Для оценки нарушения структур оценивались домены 1 уровня – S1 (структуры нервной системы), S4 – (структуры сердечно – сосудистой),

S7 – (структуры, связанные с движением).

Все 143 пациента со структурной эпилепсией (100%) имели нарушения структур нервной системы, у 23 человек (16%) наблюдались нарушения структур сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем, еще 23 человека (16%) имели нарушения структур, участвующих в движении. Более детально нарушения структур организма оценивались по доменам второго уровня: s110 – мозг, s410 – сердечно – сосудистая система, s730 – структура верхней конечности, s750 – структура нижней конечности.

Детализированная оценка нарушений структур организма по системам организма выглядела следующим образом: нарушения структур головного мозга встречались у всех 143 пациентов, нарушения со стороны структур сердечно-сосудистой системы выявлялись у 23 пациентов (16%), нарушения структур верхней конечности наблюдалось у 17 пациентов (12%), нарушения структур нижней конечности встречалось у 16 больных (11%).

Также в работе оценивались ограничения деятельности и участия согласно выявленным нарушениям структур и функции организма обследованных. Активность – это выполнение задачи или действия больных, в то время участие – это вовлечение больного в жизненную ситуацию. Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые испытывает больной. Проблемы, которые испытывает больной при вовлечении в жизненные ситуации, являются ограничением возможности участия.

Для объективизации ограничения деятельности и участия оценивались домены 1 уровня, а для детализированной оценки – домены 2 уровня. Домены 1 уровня: изучение и применение знаний (d1), общие задачи и требования (d2), общение (d3), мобильность (d4), самообслуживание (d5), бытовая жизнь (d6), межличностные взаимодействия и отношения (d7), экономическая жизнь (d8). Из опрошенных ограничения в мобильности имели 100% пациентов. Ограничение в реализации общих задач и требований имели 82 пациента (57%), ограничения в бытовой жизни имели 80 человек (56%), проблемы с изучением и применением знаний возникали у 74 пациентов (52%), в меньшем проценте наблюдались ограничения в общении, межличностном взаимодействии – у 50 пациентов (35%). По остальным доменам первого уровня ограничения деятельности и участия встречались в меньшем проценте случаев.

При анализе доменов 2 уровня оценивались: усвоение навыков счета (d150), концентрация внимания (d160), мышление (d163), решение проблем (d175); выполнение многоплановых

задач (d220), преодоление стресса и других психологических нагрузок (d240); дискуссия (d355); подъем и перенос объектов (d430), использование кисти и руки (d445), ходьба (d450), управление транспортом (d475). Уход за частями тела (d520), забота о своем здоровье (d570); приобретение товаров и услуг (d620), приготовление пищи (d630), выполнение работы по дому (d640), помощь другим (d660); отношения с незнакомцами (d730), семейные отношения (d760); оплачиваемая работа (d850), базисные экономические отношения (d860), экономическая самостоятельность (d870). Таким образом, детализации нарушений активности и реализации ограничения встречались, в основном, по субдоменам «управление транспортом» – у 143 больных (100%), «экономическая самостоятельность» – у 52 больных (36%), «преодоление стресса и других психологических нагрузок» – у 47 больных (33%), «оплачиваемая работа» – у 43 больных (30%), «отношения с незнакомцами» – у 40 пациентов (28%). По остальным доменам второго уровня нарушения активности и реализации встречались в меньшем проценте случаев.

Попивненко Ф.С., Иваненко А.А.

ИНВХ им. В.К. Гусака, отдел неотложной и восстановительной хирургии сосудов

АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ

Цель исследования: проанализировать отдалённые результаты опыта применения гибридных операций в отделении хирургии сосудов ИНВХ им. В.К. гусака г. Донецка.

Материалы и методы: опыт гибридных операций за 2014 – 2018 г. За данный период времени в клинике произведено 72 гибридных вмешательства при критической ишемии нижних конечностей. Выполнены следующие операции: – стентирование подвздошных артерий + аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование – 36. – Ретгенэндоваскулярная ангиопластика подвздошных артерий + бедренно-подколенное шунтирование – 17. Бедренно-подколенное шунтирование + ретгенэндоваскулярная пластика берцового сегмента – 19.

Осложнения имели место в 8 случаях (11,1%), из них связанных с эндоваскулярным этапом 2 (2,7%).

Ближайшие результаты: средний срок пребывания больного составил 14,7 койко дней. У 70 больных результаты хорошие. Ишемия регрессировала, у большинства больных восстановлен

магистральный кровоток до стопы.

Пациенты осматриваются через 1 месяц и в последующем 1 раз в 6 месяцев.

69 пациентов осмотрены через полгода после вмешательства – у всех больных зона реконструкции проходима, пациенты отмечают улучшение в виде значительного увеличения дистанции безболевого ходьбы. 43 пациента осмотрены через год после вмешательства у двух (2,7%) из них наступил тромбоз бедренно-подколенного шунта, однако, пациенты не предъявляли жалоб, сохранилась ишемия ПА ст. 29 больных осмотрены через 2 года после вмешательства. У всех осмотренных больных сохранён магистральный кровоток, одному больному (1,3%) после выполнения гибридной реконструкции выполнено бедренно-малоберцовое шунтирование на второй конечности. Через 3 года осмотрено 12 пациентов. Один пациент (1,3%) в телефонном режиме ответил, что ему выполнена ампутация н/конечности в хирургическом отделении по месту жительства. У 5 (6,9%) пациентов наступил тромбоз зоны реконструкции, однако дистанция

безболевого ходьбы более 200 м. Через 4 года осмотрено 5 пациентов. У 1й пациентки (1,3%) наступил тромбоз с развитием ишемии III ст. Повторная реконструкция в объеме бедренно-малоберцового шунтирования не удалась в связи с чем больной выполнена ампутация нижней конечности на уровне с/3 бедра. За 4 года из данной группы умерло 6 (8,3%) пациентов. Смерть связана с сопутствующей патологией. 4 летальных исхода вызвано инфарктом миокарда. 2 ОНМК. 12 пациентов отследить не удалось, так как на осмотр не явились, а номер телефона оказался не действителен.

Внедрение методики гибридного вмешательства помогает снизить объем операционной травмы, что значительно уменьшает периоперационный риск. Соответственно сужаются и противопоказания к вмешательству, что в свою очередь даёт возможность выполнить реконструк-

цию у больных на фоне тяжёлой кардиальной, легочной патологией. Для выполнения данных операций требуется слаженная работа сосудистых, рентгенэндоваскулярных хирургов и анестезиолога. Проанализировав наши отдаленные результаты, следует отметить, что большинству больным удалось сохранить конечность на довольно длительный период времени. Отдаленные результаты хорошие.

Выводы:

- гибридные операции являются качественной альтернативой многоэтажным реконструкциям у больных с тяжелой сопутствующей патологией.

- гибридные операции позволяют сохранить конечность на длительный срок

- гибридные операции лучше выполнять одномоментно, поэтому в сосудистом центре необходима гибридная операционная.

Поплевченко К.Н., Агibalова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж.

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента Здравоохранения Москвы», г.Москва

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Цель: разработка персонализированного подхода к терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов с учетом личностных и генетических факторов. Материалы и методы. В исследование вошли 305 пациентов с установленным диагнозом зависимость от психостимуляторов, определенным по критериям МКБ-10, мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет, этнически русские, подписавшие информированное согласие. Для исследования личностных особенностей больных применялась методика исследования темперамента и характера Р. Клоунинджера (ТСИ-125). Генотипирование осуществлялось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) из венозной крови пациентов. Результаты: Больше всего оказалось больных с зависимостью от психостимуляторов, не употребляющие другие ПАВ (1-я группа, 74 человека – 24,2%). Больных с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов оказалось 67 человек – 22%, 2-я группа. В 3-ю группу (44 человека – 14,4%) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин). В 4-й группе – 48 пациентов (15,7%) употребляющие психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятую группу составили 45

пациентов (14,7%) которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов употребляли несколько ПАВ и у них была сформирована зависимость от нескольких ПАВ сразу. В 6 группу было включено 27 пациентов, которые наряду с зависимостью от психостимуляторов имели сопутствующую коморбидную психиатрическую патологию. По характеристикам темперамента во всех группах преобладали показатели по шкале «поиск новизны» ($p < 0,002$), по сравнению с шкалами «избегания вреда» и «зависимость от вознаграждения». Данное сочетание черт темперамента соответствует антисоциальному расстройству личности. Высокие показатели по шкале характера «сотрудничество» были выявлены у пациентов прошедших полный курс реабилитации и добившихся ремиссий от 6 до 12 месяцев. У пациентов с гомозиготным генотипом (GG) гена rs6265, кодирующего нейротрофический фактор головного мозга (BDNF), длительность ремиссий достоверно больше ($p < 0,036$), по сравнению с пациентами, имеющими другие генотипы данного гена. Заключение. Были выделены клиничко-генетические профили пациентов. Профиль 1. Зависимость только от психостимуляторов, отсутствие коморбидного расстройства личности. В структуре темпе-

раamenta преобладают низкие или средние показатели по шкале «поиск новизны» и низкие показатели по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость». В характере данных пациентов преобладают высокие показатели по шкале «сотрудничество», средние по шкале «самонаправленность» и низкие по шкале «трансцендентность Я». Преобладание гомозиготного (GG) генотипа гена rs6265, кодирующего BDNF. Профиль 2. Пациенты с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ (каннабиноиды, опиоиды, алкоголь и их сочетания) с наличием коморбидного расстройства личности – диссоциальное расстройство личности (F60.2 по МКБ-10). В структуре темперамента преобладают высокие показатели по шкале «поиск новизны» и низкие показатели по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость». В характере данных пациентов преобладают средние или низкие показатели по шкале «сотрудничество»,

высокие по шкале «самонаправленность» и низкие по шкале «трансцендентность Я». Гетерозиготный (GA) или гомозиготный (AA) генотип гена rs6265, кодирующего BDNF, вместе с расстройством личности у данных пациентов, соотносился с короткими ремиссиями. Профиль 3. Зависимость только от психостимуляторов и наличие коморбидной психиатрической патологии (по МКБ-10). В структуре темперамента преобладают высокие показатели по шкале «поиск новизны» и низкие показатели по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость». В характере данных пациентов преобладают средние показатели по шкале «сотрудничество», средние по шкале «самонаправленность» и высокие по шкале «трансцендентность Я». Гетерозиготный (GA) или гомозиготный (AA) генотип гена rs6265, кодирующего BDNF, вместе с психиатрической патологией у данных пациентов, соотносился с короткими ремиссиями.

Попович В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА

В ранее выполненных исследованиях были обоснованы выбор объекта окружающей среды (почва) и индикаторов-загрязнителей (8 тяжелых металлов и металлоидов).

Повышения эффективности основного фундаментального направления особенностей распространённости и заболеваемости органа зрения у подростков техногенного региона.

Проведено ранжирование по содержанию тяжелых металлов (ТМ) всех 9 районов города, выделены самые «грязный» и «чистый» (контрольный) районы, не пострадавшие от боевых действий. Выполнен анализ распространённости и заболеваемости патологией органа зрения среди подростков (с учетом вклада юношей и девушек) по «грязному» и «чистому» районам г. Донецка в сравнении со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: I - довоенного (2010-2013 гг.), II - переходного военного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и III - стабильного военного (2017-2019 гг.). Для расчета интенсивных показателей состояния здоровья населения использовались официальные учетно-статистические документы.

Кратность превышения ТМ – в «грязном» районе кратность максимального превышения ПДК (фонового уровня) свинца составляла 112,5

раз, кадмия – 2815 раз, меди – 133 раза, мышьяка – 75 раз, при отсутствии превышения данных ТМ в «чистом» районе. По фосфору превышение ПДК в «грязном» районе было в 6,7 раза, по таллию – в 2,1 раза, по цинку – в 102 раза больше, чем в контрольном. Содержание марганца в почве обоих районов было одинаковым – максимальное превышение ПДК составило 2,5 раза. На протяжении всего 10-летнего анализируемого периода у подростков контрольного района не было ни одного случая катаракты и атрофии зрительного нерва. В то же время распространённость катаракты в «грязном» районе во все периоды превышала среднегородские уровни, в довоенный – достоверно ($p < 0,01$) в 2,6 раза, с тенденцией к снижению показателей в переходный период с последующим ростом. Показатели распространённости атрофии зрительного нерва среди подростков «грязного» района в первые два периода были ниже городских, но в военном стабильном периоде достоверно ($p < 0,01$) превысили их в 1,3 раза. Обе нозологии определялись подростками-юношами. Наиболее особый интерес вызывают распространённые болезни глаза – миопия (близорукость) и конъюнктивит у девушек в довоенный период уровень распространённости миопии в «грязном» районе

был в 1,5 раза ниже, чем в контрольном районе и по городу в целом, но в дальнейшем отмечается противоположная тенденция роста этого показателя. Так, в военный переходный период уровень миопии среди подростков «грязного» района, в отличие от городского, вырос в 1,8 раза, в военный стабильный период рост продолжился до достоверной ($p < 0,01$) разницы с довоенным показателем, при снижении такового в «чистом» районе. В довоенный период уровень распространенности конъюнктивита среди подростков «грязного» района был в 4 раза выше, чем в контрольном районе. В последующий период межрайонные различия выросли до 9,4 раз. В военный стабильный период наблюдает-

ся противоположная тенденция: показатель распространенности конъюнктивита в «грязном» районе понизился на фоне его роста в «чистом» районе и в среднем по городу, что привело к их выравниванию.

Проведенный анализ свидетельствует, о том, что загрязнение почвы солями ТМ может иметь ряд серьезных последствий в развитии различной патологии органа зрения, что указывает на необходимость постоянного мониторинга уровней загрязнения. Для профилактики вредного влияния ТМ на орган зрения подросткового населения и повышения резистентности организма целесообразно внедрение превентивного питания.

Потапов А.А., Нижельская Е.Я.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г. Донецк

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В настоящее время имеет место достаточно сложная эпидемическая ситуация по коронавирусной инфекции. Положение усугубляется еще и тем, что меры специфической профилактики пока еще находятся в стадии разработки. В этих условиях существенно возрастает значимость именно неспецифической профилактики.

В наших работах уже неоднократно отмечалось недопонимание большинством наших современников важности здорового образа жизни (ЗОЖ). В этом контексте были представлены факты, свидетельствующие не только о проблемах, имеющихся в данный момент, но и определяющие неблагоприятный прогноз по состоянию здоровья учащейся молодежи на ближайшую и отдаленную перспективу.

Необходимо подчеркнуть, что в условиях пандемии коронавирусной инфекции, важность неукоснительного соблюдения правил и принципов ЗОЖ существенно возрастает. Общеизвестно, что все элементы ЗОЖ, при регулярном их использовании, приводят к значительным улучшениям в ходе обменных процессов в организме человека. Естественно, уровень резистентности организма повышается.

Одним из элементов ЗОЖ является широкое использование витаминносителей в рационах питания. Этот момент коррекции качественных характеристик индивидуального питания никогда никем не оспаривался. Более того, врачами различных специальностей назначались самые разнообразные препараты и пищевые добавки, содержащие те или иные витамины. Важность

данного лечебно-профилактического мероприятия еще раз переосмыслена и сформулирована в виде рекомендаций к употреблению конкретных витаминов в целях предупреждения симптомов коронавирусной инфекции.

В качестве обоснования эффективности витаминoproфилактики можно отметить выраженные антиоксидантные и каталитические свойства витаминов. В этой связи необходимо подчеркнуть, что ускорение интенсивности обмена веществ может быть достигнуто за счет реализации такого элемента ЗОЖ как режим двигательной активности. Общеизвестно, что полезной для здоровья любого человека может быть даже минимальная двигательная активность. В настоящее время этот элемент жизнедеятельности стало сложнее реализовать из-за мероприятий ограничительного характера. Поэтому важность данной составляющей ЗОЖ не может быть предметом для дискуссий. Физические упражнения, выполняемые, хотя бы, в домашних условиях, необходимы при любой ситуации.

Благоприятное воздействие на обменные процессы в организме оказывает также правильно организованный режим сна и бодрствования. Общеизвестно, что достаточный уровень двигательной активности способствует достижению и реализации такого оздоровительного фактора, как здоровый полноценный сон.

В медицинских рекомендациях, представляемых через Интернет-ресурсы, упоминается только лишь такой элемент ЗОЖ как режим труда и отдыха. При этом обращается внимание

на опасность переутомления, в том числе и при истощении себя ночной работой и сидением за компьютером.

К большому сожалению, в материалах, предлагаемых Всемирной организацией здравоохранения, ЗОЖ как элемент профилактики не упоминается вообще.

В своих предыдущих работах мы констатировали острую необходимость более широкой реализации мероприятий по внедрению ЗОЖ в

повседневную жизнь. Нам представляется, что в условиях пандемии коронавирусной инфекции значимость этого направления работы существенно возрастает. В связи с минимальным уровнем осведомленности наших современников о правилах и принципах здорового образа жизни нами предприняты определенные действия по информированию населения о ЗОЖ в том числе и через средства массовой информации.

Пошехонова Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

О ВЛИЯНИИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Цель: выявить стигмы дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и исследовать уровни кортизола и инсулина в сыворотке крови детей с функциональной диспепсией (ФД).

Материалы и методы: Обследовано 134 ребенка с ФД (в соответствии с Римскими критериями III, адаптированными для детского возраста) в возрасте от 5 до 15 лет, и 30 здоровых детей-сверстников (контрольная группа). Всем детям проведено комплексное обследование: ФЭГДС, внутрижелудочная рН-метрия, уреазный тест, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, ЭхоКГ, ирригография (по показаниям), общепринятое лабораторное обследование. У всех детей оценивался характер, количество внешних и внутренних стигм ДСТ (наличие 3 и более стигм расценивалось как ДСТ). Количественное содержание кортизола и инсулина в сыворотке крови натошак определялось методом иммуноферментного анализа, результаты выражали соответственно в мМЕ/л и нмоль/л.

Результаты и обсуждение. Во все возрастные периоды преобладал дискинетический вариант ФД (ДВФД) (47,8±4,3%), реже встречался неспецифический вариант (НВФД) (34,3±4,1%). Частота язвенноподобного варианта (ЯВФД) с возрастом увеличивалась с 10,5±7,0% у детей 5 – 7 лет до 27,1±5,8% у подростков ($p < 0,05$). Наличие стигм ДСТ было выявлено в фенотипе 88,0±2,8% детей с ФД: до 5 стигм имели 56,7±4,3% больных, 6 и более стигм – 31,3±4,0% пациентов, в том числе 10 и более стигм было отмечено у 6,0±2,1% детей. Среднее количество стигм ДСТ при ФД составило 5,0±0,3. При ЯВФД 95,8±4,1% ($p < 0,05$) детей имели проявления ДСТ, при этом у 45,8±10,% из них отмечено 6 и более стигм ДСТ.

У детей с ФД средний уровень инсулина в крови более чем в 2 раза превышал показатели здоровых детей (соответственно, 16,4±1,6 и 7,8±1,7 мМЕ/л, $p < 0,02$), тогда как содержание в крови кортизола было в пределах нижней границы нормы (соответственно, 368,1±35,2 и 420,5±40,5 нмоль/л, $p < 0,4$). При ДВФД и ЯВФД степень гиперинсулинемии была самой значительной и, практически, одинаковой (соответственно, 17,3±1,6 нМЕ/л и 17,5±1,5 мМЕ/л). В тоже время ЯВФД характеризовался не только значительной гиперинсулинемией, но и гиперкортизолемией (510,3±25,8 нмоль/л, $p < 0,1$); у больных ДВФД и НВФД уровни кортизола в сыворотке крови были достоверно снижены (соответственно, 288,1±10,8 нмоль/л, $p < 0,02$ и 310,3±35,9 нмоль/л, $p < 0,05$). Наличие множественных стигм ДСТ у детей с ФД сочеталось со снижением уровней кортизола (263,7±29,1 нмоль/л, $p < 0,05$), и инсулина (7,8±1,1 мМЕ/л, $p < 0,02$) в сыворотке крови. В тоже время у пациентов, не имевших или имевших до 10 стигм ДСТ, показатели кортизола и инсулина соответствовали показателям по группе детей с ФД. Следовательно, у детей с ФД наблюдается достоверная гиперинсулинемия при тенденции к снижению кортизола в крови. Более выраженная гиперинсулинемия при гиперкортизолемии была выявлена у больных ЯВФД. Снижение уровня кортизола в сыворотке крови при выраженной гиперинсулинемии наблюдалось у больных ДВФД и НВФД. У детей с ФД и множественными стигмами ДСТ уровень кортизола в крови был достоверно снижен при нормальном содержании инсулина.

Заключение. Таким образом, фенотип детей с ФД характеризовался наличием 5,0±0,3 стигм ДСТ, при этом 6 и более стигм чаще имели место при язвенноподобном варианте. У детей с ФД

наблюдалась гиперинсулинемия, наиболее значительная степень которой отмечена у больных с язвенноподобным и дискинетическим вариантами. Уровень кортизола в крови детей с ФД имел тенденцию к снижению, особенно у боль-

ных со множественными стигмами ДСТ. Это может обуславливать более тяжелое течение ФД у детей данной группы с высоким риском трансформации ее в хроническую патологию гастродуоденальной зоны.

Приколота О.А., Ракитская И.В., Кривуцев В.Б., Могилевская К.Э.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк; кафедра терапии ФИПО им. проф. А.И. Дядыка

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ИМЕЮЩИХ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее частое персистирующее нарушение ритма сердца. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что сахарный диабет (СД) связан с ФП и, вероятно, предрасполагает к ее возникновению и персистированию. Данные регистров, посвященных изучению распространенности ФП, показывают ее высокую распространенность среди лиц старших возрастных групп (от 0,87% у лиц в возрасте менее 50 лет до 10,8% у лиц старше 80 лет), однако отсутствуют точные данные о распространенности ФП среди лиц с СД 2 типа.

Цель работы: изучить характеристики ФП у больных с СД 2 типа в реальной клинической практике, оценить проведение антикоагулянтной терапии у лиц с ФП и СД.

Материал и методы. Данное исследование является проспективным наблюдательным, в которое за период 2015-2019 годов включены 428 больных с ФП, поступивших в стационары 1-й, 5-й и 20-й больниц г. Донецка.

Результаты. Среди 428 больных, поступивших с различными формами ФП (пароксизмальной, персистирующей и перманентной), у 98 (22,9%)

был диагностирован СД 2 типа, причем у 41 больного (9,6%) он был диагностирован впервые. У больных СД 2 типа, по сравнению с популяцией больных без СД 2 типа, ФП чаще была перманентной (56 (57,1%) против 102 (30,1%)) и пароксизмальной длительностью более 48 ч (29 (29,6%) против 42 (12,7%)).

У лиц с СД 2 типа чаще имели место тромбоэмболические осложнения (ТЭО) ФП (как в стационаре, так и в анамнезе) по сравнению с лицами без диабета (27 (27,5%) против 34 (10,1%)). В тоже время использование пероральных антикоагулянтов – варфарина и новых пероральных препаратов (ривароксабан, апиксабан) у лиц СД было ниже, чем в остальной популяции больных с ФП (8 (7,8%) против 39 (11,8%)).

Заключение. Несмотря на высокую распространенность ФП у лиц с СД и высокий риск развития ТЭО, антикоагулянтная терапия у этой категории больных проводится не должным образом. Результаты нашего исследования показывают неблагоприятную ситуацию с проведением антикоагулянтной терапии у лиц с ФП в общем, так и в популяции больных СД в реальной клинической практике.

Прикуле Д.В.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАМАН-ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ИГР-У ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Актуальность. Установлено, что наличие и развитие патологических процессов в ротовой полости приводит не только к локальным изменениям, но и к нарушению работы органов и систем организма. Выявлено, что одним из этиологических факторов кариеса зубов является со-

ответствующая микрофлора, сохраняющаяся на поверхности эмали при нерациональной чистке. В то же время, метод Раман-флуоресцентной диагностики позволяет провести цифровую оценку уровня гигиены полости рта.

Таким образом, выявление сравнительной

степени эффективности стандартного и цифровизированного метода определения уровня гигиены является актуальным.

Цель исследования: сравнение степени результативности Раман-флуоресцентной диагностики и ИГР-У при определении уровня гигиены полости рта.

Материалы и методы исследования. Исследовано 37 пациентов в возрасте от 19 до 28 лет в равном гендерном соотношении с проведением следующих методов:

1. Раман-флуоресцентная диагностика уровня гигиены полости рта с помощью АПК «Инспектр-М» (Россия).

2. Определение уровня гигиены полости рта с помощью ИГР-У (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964)

Полученные результаты были проанализированы в блоке статистических программ Microsoft Excel (2019).

Результаты

С помощью Раман-флуоресцентной диагностики у пациентов с хорошим уровнем гигиены полости рта, зафиксированным ранее по данным ИГР-У, после чистки зубов в течение 3 минут было отмечено снижение интенсивности флуоресценции на 25,3% ($p < 0,05$), а через 4 минуты – снижение от первоначальных данных – на 14,8%

($p < 0,05$). В то же время у указанного контингента пациентов исчезновение окрашенного налета было зафиксировано после 2 минуты чистки зубов.

У пациентов с удовлетворительным состоянием гигиены полости рта при аналогичном исследовании было установлено снижение показателей интенсивности флуоресценции через 3 минуты на 30,6% ($p < 0,05$), через 4 минуты – на 13,7% ($p < 0,05$), а статистически значимые изменения показателей ИГР-У не были зафиксированы после 3 минуты чистки зубов.

Выводы

1. Установлена возможность цифровизации результата эффективности поминутной чистки зубов методом Раман-флуоресцентной диагностики.

2. Выявлена максимальная эффективность диагностики остаточного зубного налета на поверхности зубов методом Раман-флуоресцентной диагностики в сравнении с определением ИГР-У.

3. Установлена целесообразность индивидуального подхода к рекомендуемому алгоритму чистки зубов, исходя из комплексного анализа уровня гигиены полости рта методом Раман-флуоресцентной диагностики и ИГР-У на этапе первоначального контроля.

Прилуцкий А.С., Лесниченко Д.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНИТЕТА У ЛИЦ С СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К БЫТОВЫМ КЛЕЩАМ

В настоящее время, по данным разных исследований, распространенности аллергических заболеваний составляет от 20 до 40% населения. Наиболее часто в клинической практике встречаются атопические болезни (атопическая бронхиальная астма, поллиноз, аллергический ринит и атопический дерматит). В ряде работ приводятся данные о снижении содержания общего иммуноглобулина А (IgA) в сыворотке лиц с атопическими заболеваниями. В то же время, особо важная роль в защите от инфекций респираторной, мочеполовой систем и желудочно-кишечного тракта отводится секреторному IgA (sIgA), обладающему антибактериальными, противовирусными и антиаллергическими свойствами. Снижение содержания sIgA на слизистых способствует, в том числе, беспрепятственному проникновению отдельных аллергенов через слизистые оболочки респираторного и желудочно-кишечного тракта. В то же время, работы, посвященные исследова-

нию содержания sIgA у пациентов с атопическими заболеваниями немногочисленны, данные их противоречивы. Следует отметить, что наиболее частой причиной аллергических заболеваний атопического характера среди аллергенов жилища человека являются клещи домашней пыли. Так, частота регистрации сенсibilизации к клещам *Dermatophagoides* среди лиц с кожными и респираторными проявлениями аллергического характера, достигает 51,9%.

Целью исследования было определить влияние наличия сенсibilизации к бытовым клещам на содержание sIgA в ротовой жидкости взрослых лиц.

Проведено исследование уровня специфических иммуноглобулинов Е (IgE) к 3 видам бытовых клещей (*Dermatophagoides farinae*, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Tyrophagus putrescentiae*) и sIgA в ротовой жидкости 122 пациентов старше 10 лет. Указанные маркеры

определялись с помощью разработанных сотрудниками кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО тест-систем для иммуноферментного анализа. Статистическая обработка полученного материала проводилась при помощи программы «MedStat». В связи с непараметрическим характером распределения полученных данных для статистического анализа рассчитывались медиана и ошибка медианы, использовались непараметрические критерии сравнения (Уилкоксона). При анализе частот рассчитывался критерий хи-квадрат. Сила связи рассчитывалась с помощью критерия Кендалла.

Установлено, что содержание sIgA в ротовой жидкости у пациентов с повышенными уровнями специфических IgE к аллергенам бытовых клещей составило $136,9 \pm 6,8$ мг/л, в то время как обследованные с нормальным уровнем антител к указанным аллергенам характеризовались уровнем sIgA $156,6 \pm 11,7$ мг/л ($p=0,016$). Кроме того, лица с сенсибилизацией к клещам харак-

теризовались тенденцией к повышению частоты содержания sIgA в концентрации менее 150,0 мг/л – $59,3 \pm 5,5\%$ обследованных в сравнении с $39,0 \pm 7,6\%$ обследованных без аллергии к клещам ($p=0,056$). Также в работе была установлена достоверная ($p<0,05$) обратная связь концентрации sIgA ротовой жидкости с антителами к *D.farinae*, *D.pteronysinus*, *T.putrescentiae* ($\tau=0,161$, $-0,160$ и $-0,129$ соответственно).

Таким образом, лица с повышенными уровнями специфических IgE к бытовым клещам характеризуются достоверным ($p<0,05$) снижением содержания sIgA в ротовой жидкости, тенденцией ($p<0,1$) к повышению частоты регистрации обследуемых с содержанием исследуемого маркера в значениях, не превышающих 150 мг/л, а также достоверной ($p<0,05$) обратной корреляционной связью концентрации секреторного IgA ротовой жидкости с антителами к *Dermatophagoides farinae*, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Tyrophagus putrescentiae*.

Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Атопический дерматит является широко распространенным аллергическим заболеванием кожи и одним из наиболее частых клинических проявлений пищевой аллергии. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением и значительно снижает качество жизни пациентов. Известно, что элиминация пищевых продуктов, к которым чувствителен пациент, может привести к улучшению состояния больного, а в некоторых случаях к полной ремиссии дерматита. В соответствии международными рекомендациями стандартом лабораторной диагностики аллергии является определение уровня специфических IgE в сыворотке крови. В то же время в литературе можно встретить противоречивые мнения относительно эффективности применения результатов данных тестов в практике лечения пищевой аллергии.

В связи с вышеизложенным целью нашего исследования явилась оценка эффективности индивидуально подобранной диеты, основанной на результатах исследования специфической сенсибилизации, у пациентов с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Под наблюдением на-

ходилось 84 пациента, страдающих атопическим дерматитом. Проведено анкетирование, включающее подсчет индекса тяжести атопического дерматита SCORAD, вопросы о соблюдении диеты, особенностях медикаментозного лечения дерматита и продолжительности ремиссии заболевания. У каждого пациента был исследован индивидуальный профиль IgE-сенсибилизации к пищевым продуктам, присутствующим в рационе. Лабораторное тестирование уровня специфических IgE выполнялось с помощью тест-систем для иммуноферментного анализа отечественного производства (г.Донецк). На основании клинико-лабораторных данных каждому пациенту в составе комплексной медикаментозной терапии была рекомендована индивидуальная диета. Оценка эффективности лечения проводилась через 3 и 6 месяцев от включения рекомендованной диеты в комплексную терапию атопического дерматита. Проводился повторный расчет показателей SCORAD, среднемесячных индексов использования топических глюкокортикостероидов и антигистаминных препаратов, оценивалась среднемесячная продолжительность ремиссии заболевания. Статистический

анализ полученных данных был выполнен с помощью лицензионной программы «MedStat» (г. Донецк).

Результаты и обсуждения. На фоне соблюдения пациентами индивидуальной диеты, основанной на исследовании профиля IgE-зависимой сенсибилизации, зафиксировано снижение индекса SCORAD через 3 и 6 месяцев ($p < 0,001$), а также достоверная пролонгация ремиссии заболевания ($p < 0,001$). Установлено достоверное снижение потребности пациентов в использовании топических глюкокортикостероидов через 3 и 6 месяцев ($p < 0,001$), а также потребности в антигистаминных препаратах через 6 месяцев со-

блюдения рекомендаций ($p < 0,05$). У 23% больных достигнута стойкая ремиссия атопического дерматита без использования медикаментозной терапии.

Выводы. Использование в комплексе лечения атопического дерматита индивидуально подобранной диеты, основанной на результатах специфической IgE-сенсибилизации, достоверно снижает тяжесть клинических проявлений заболевания, увеличивает продолжительность ремиссии, а также снижает потребность пациентов в использовании медикаментозных средств (топических глюкокортикостероидов и антигистаминных препаратов).

Приставка Т.М., Алешина Р.М., Берест И. Е.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ПОЛИОКСИДОНИЙ В ТЕРАПИИ ПАРАТОНЗИЛЛИТА В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

Актуальность темы. В последнее время регистрируется увеличение количества экстренных вмешательств по поводу паратонзиллита с абсцедированием (ПА), в структуре обращений за неотложной ЛОР-помощью он составляет в среднем 3,8-5%. Осложненное же течение ПА наблюдается в 10,8% случаев и представляет реальную опасность для жизни больного. В патогенезе ПА большую роль играет бактериальная инфекция и вирусы, персистенция которых приводит к ингибированию защитных механизмов клеточного и гуморального звена иммунитета. В связи с чем ПА рассматривается как маркер вторичной иммунной недостаточности (ВИН). В настоящее время существует большое количество методов лечения ПА, но иммунопротекторная терапия широко не применялась. Этот фактор явился обоснованием для включения в комплексную терапию больных с ПА иммунопротектора Полиоксидония (Азоксимера бромид).

Целью исследования было повысить эффективность лечения с применением Полиоксидония у больных ПА, подвергнутых операции тонзилэктомии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 2 гр. больных, страдающие ПА: I гр. в количестве 25 чел., подвергшиеся оперативному вмешательству с включением в терапию Полиоксидония, и II гр. – 25 чел. без лечения Полиоксидонием. Возраст пациентов был от 25 до 45 лет, из них женщин было 35 чел., мужчин – 15. После клиничко-лабораторного обследования боль-

ным проводили этапное лечение по следующей методике: 1 этап - применение антибиотиков широкого спектра действия, местных анестетиков, детоксикационных средств; 2 этап – хирургическое вмешательство (вскрытие и дренаж абсцесса под местной аппликационной анестезией); 3 этап – в послеоперационном периоде назначали Полиоксидоний (Петровакс-фарм) в дозе 6 мг внутримышечно 1 раз в сутки ежедневно в течение 5 дней; 4 этап – реабилитационный период: после выписки из стационара рекомендовали прием Полиоксидония в дозе 12 мг по 1 табл. в сутки в течение 10 дней. Его эффективность считалась: хорошей – при улучшении общего состояния, исчезновении местных симптомов воспалительной реакции в течение 3-4 дней после операции; удовлетворительной – в течение 5-6 дней. Для оценки частоты рецидивов ПА пациенты наблюдались в течение 1 года после выписки из стационара.

Результаты исследования и их обсуждение. В I гр. у 23 (92%) больных отмечали нормализацию температуры тела уже на следующий день после операции, а во II гр. – только у 19 (76%) чел. ($p < 0,05$). Симптомы интоксикации в I гр. пациентов купировались в течение $1,2 \pm 0,3$ дней, сохраняясь к 3-м суткам у 2 (8%) пациентов, с исчезновением к 4-м суткам у всех исследуемых лиц. У лиц II гр. эти симптомы купировались в среднем в течение $2,1 \pm 0,6$ дней и сохранялись к 3-м суткам у 6 (24%) чел. с полным исчезновением к 5-м суткам терапии. В I гр. пациентов длительность воспалительных явлений в глот-

ке составила в $3,6 \pm 0,2$ дня, в то время как во II гр. – $4,8 \pm 0,2$ дня ($p < 0,05$). При ревизии полости абсцесса на 2-ой день после операции у пациентов I гр. гной был получен у 8 (32%) больных, средний срок очищения составил – $1,9 \pm 0,3$ дня. Во II гр. гной был получен у 13 (52%), средний срок очищения составил – $2,7 \pm 0,4$ дня ($p < 0,05$). Результаты лечения: в I гр. хороший эффект отмечен у 21 больного (84%), у 4 (16%) – удовлетворительный, во II гр. хороший эффект был у

16 (64%) больных, у 9 (36%) чел. – удовлетворительный. Средние сроки лечения: в I гр. – $5,1 \pm 0,2$ дня, в II гр. – $6,3 \pm 0,4$ дня ($p < 0,05$). Рецидив ПА отмечали в I гр. только у 2 больных (8%), во II гр. – у 5 (20%) ($p < 0,05$).

Вывод. Преимущество данной методики заключается в расширении показаний к назначению Полиоксидония в схему хирургического лечения больных с ПА в связи с доказанной ее эффективностью.

Провизион А.Н.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ САТУРАЦИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОСТИ

Цель. Определить клинико-эпидемиологические особенности себорейного кератоза (СБК) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), оценить влияние сатурации периферической крови и инсулинорезистентности (ИР) на течение СБК.

Материалы и методы. Проанализированы анамнестические, клинические и лабораторно-инструментальные данные 44 пациентов (37 мужчин и 7 женщин) с СБК на фоне ХОБЛ с ИР (1-я группа) и без нее (2-я группа) с 2019 по 2020 гг. Контрольную группу составил 21 человек (11 мужчин и 10 женщин) без дерматологической патологии, без проявлений СБК, ХОБЛ и ИР, обратившихся с целью прохождения профилактического осмотра в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (г. Донецк). При помощи ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией с использованием прибора Somnochek micro (Weinman, Германия) определяли показатели минимальной и средней сатурации периферической крови, индекс десатурации по стандартным методикам.

Результаты. Проведенный клинический анализ показал различия в клинике СБК у больных с ХОБЛ на фоне инсулинорезистентности и без нее. Так, очаги СБК у больных ХОБЛ с ИР располагались, преимущественно, по линиям натяжения кожи (линии Лангера), независимо от зон, подверженных инсоляции, в то время как у больных ХОБЛ без ИР, они располагались, в основном, хаотично, преимущественно на солнцезащитных участках кожи. Достоверно отличалось количество очагов СБК, и их размеры ($p = 0,0005$) и ($p = 0,001$) соответственно. Минимальная сатурация у больных ХОБЛ с СБК, включенных в исследование составила в среднем $83,8 \pm 1,1\%$, при этом у больных 1-ой группы – $79,5 \pm 2,8\%$, у боль-

ных 2-ой группы – $82,6 \pm 1,1\%$. У лиц контрольной группы минимальная сатурация в среднем была $89,4 \pm 0,9\%$, что достоверно отличало ($p < 0,0006$) их от больных ХОБЛ с СБК как с ИР, так и без нее. Показатели средней сатурации периферической крови у обследованных больных ХОБЛ с СБК составили в среднем $93,5 \pm 0,5\%$, при этом у больных 1-ой группы – $91,7 \pm 1,2\%$, во 2-ой группе были несколько выше – $92,7 \pm 0,5\%$, но статистически группы были однородны ($p = 1,0$). Показатель средней сатурации периферической крови у лиц контрольной группы достоверно отличался ($p < 0,00001$) от таковых, как в 1-ой, так и во 2-ой группах и составил в среднем $96,0 \pm 0,3\%$. Индекс десатурации по результатам наших исследований в общей выборке был в среднем $4,3 \pm 1,1$. У больных 1-ой группы он был в среднем $8,4 \pm 3,2$, а у больных 2-ой группы – $3,5 \pm 0,9$. Несмотря на существенно превышающие показатели 1-ой группы над 2-ой, статистических отличий между ними выявлено не было ($p = 1,0$). У лиц контрольной группы значения данного показателя составило в среднем $1,3 \pm 0,6$ (min – 0, max – 11,5), что было достоверно ниже, чем у больных как в 1-ой, так и во 2-ой группах ($p < 0,02$). Выявленные в результате проведенных комплексных исследований нарушения сатурации отражают снижение насыщения гемоглобина периферической крови кислородом, что может влиять на барьерно-защитные свойства кожи и быть предрасполагающим фактором активации ВПЧ низких степеней злокачественности, приводящих к развитию СБК. Более выраженные клинические проявления и нарушения сатурации у больных СБК и ХОБЛ с ИР, отражают значимость метаболических нарушений в развитии ВПЧ-индуцированных пролифераций кожи, что необходимо учитывать при лечении больных.

Выводы. У больных СБК с ХОБЛ с установлены нарушения сатурации периферической крови, более выраженные у больных с ИР. Вы-

явленные изменения необходимо учитывать при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

Провизион Л.Н., Шатилов А.В.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСИФИЛИСА

Нейросифилис (НС) остаётся одной из сложных и недостаточно изученных проблем сифилидологии. При проникновении бледных трепонем в нервную систему они преодолевают 3 важнейших защитных барьера организма: гемато-энцефалический, гемато-ликворный и ликворо-церебральный.

Триггерными факторами развития НС являются черепно-мозговые травмы, психические стрессы, интоксикации, тяжёлые соматические заболевания, микст-инфекции.

Разделение НС на ранний (мезенхимный) и поздний (паренхиматозный или эктодермальный) фактически отражает только последовательные этапы морфологических изменений в нервной системе в результате проникновения в неё возбудителей сифилиса и сложной ответной реакции макроорганизма, а не являются критерием давности заболевания. Срок их разграничения 5 лет весьма условный.

Мезенхимный НС характеризуется поражением оболочек и сосудов мозга с преобладанием экссудативно-воспалительных и в дальнейшем – пролиферативно-воспалительных процессов. Паренхиматозный НС связан с поражением нейронов, нервных волокон и нейроглии, изменения нервной ткани характеризуются дегенеративными процессами и незначительно выраженной воспалительной реакцией либо полным отсутствием таковой.

Нередко у больных НС имеются признаки поражения как мезенхимной ткани, так и мозговой паренхимы различной степени выраженности.

На практике первыми клиническими формами раннего НС чаще являются: изменение зрачковых реакций, анисокория, изменение формы зрачков, синдром задних корешков – отсутствие болевой чувствительности, снижение глубоких рефлексов, изолированное поражение черепных нервов, сглаживание носогубной складки, девиация языка, функциональные расстройства нервной системы (снижение настроения, нарушения сна, психогенные реакции), очаговое поражение ЦНС.

Для позднего НС характерны диффузные

поражения НС: поражение черепно-мозговых нервов в виде параличей и парезов, с татико-локомоторная и динамическая атаксия, симптом Аргайл Робертсона, нарушение функции тазовых органов, нарушение когнитивного статуса, поражение как ЦНС, так и периферической нервной системы. Нередко поздний НС ассоциируется с сифилисом сердечно-сосудистой системы.

Сифилитическое поражение периферической нервной системы может наблюдаться как при раннем, так и при позднем НС в виде мононеврита, плексита, полиневрита, полирадикулоневрита.

Рациональная тактика установления диагноза НС подразумевает проведение серологических анализов крови, выявление жалоб со стороны нервной системы, тщательный сбор анамнеза, проведение полного неврологического обследования, при необходимости – люмбальной пункции с последующим лабораторным тестированием ЦСЖ, в том числе серологическим.

Клинических симптомов поражения нервной системы, патогномоничных только для НС, не существует, что обуславливает необходимость проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями нервной системы.

Верификация диагноза НС должна осуществляться на основании результатов лабораторного исследования ликвора после проведения спинномозговой пункции. Для этих целей используются основные неспецифические (подсчёт количества лейкоцитов, определение содержания белка) и специфические (нетрепонемные – РМП, RPR, VDRL -тест и трепонемные – ИФА, РПГА, ИБ) методы обследования, а также дополнительные методы (альбуминовый коэффициент, состав анизоморфонов, ТРНА-индекс Люгера, ТРА-индекс).

Лишь целенаправленное обследование с тщательным изучением неврологического статуса, участием смежных специалистов, исследованием ЦСЖ позволяет верифицировать специфическое поражение нервной системы и назначить таким пациентам адекватное лечение.

Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Шварёва Т.И., Исакова Т. А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

АТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РОЗОВОГО ЛИШАЯ

В последние годы появились публикации с описанием атипичных форм дерматозов, при которых затруднена диагностика и своевременное проведение профилактических мероприятий.

Розовый лишай Жибера (пителиаз розовый, болезнь Жильбера, розеола шелушащаяся, pityriasis rosea) – это островоспалительное кожное заболевание, предположительно герпес-вирусной (6 и 7 типов) и стрептококковой этиологии, характеризующееся пятнистой сыпью розового цвета, сезонностью (преимущественно в осеннее и весеннее время) и спонтанно исчезающее в течение 1,5-2 месяцев, обычно рецидивирующее.

Подтверждением герпес-вирусной инфекции методами ПЦР и гибридизации удалось выявить ДНК герпес-вирусов.

Это свидетельствует о роли герпес-вирусов HHV-6 и HHV-7 в системной активации при розовом лишае.

В начале заболевания обычно возникает «материнское» пятно (около 3 см в диаметре) с чёткими границами в виде круглого «медальона» или вытянутого по продольной оси (признак «висящей занавески») с воротничком чешуек по периферии. Локализуется «материнская» бляшка в области туловища, плеч, шеи.

Более мелкие «дочерние» пятна (иногда папулёзные элементы) возникают через 5-15 дней на туловище, верхних конечностях, бёдрах, покрытые роговой плёнкой, напоминающей папиросную бумагу. Элементы располагаются по линиям натяжения кожи Лангера, напоминая «рождественскую ёлку».

В 20% случаев «материнская» бляшка отсутствует или имеются несколько «материнских» бляшек. В редких случаях «материнская» бляшка является единственным элементом сыпи («обезглавленный» розовый лишай).

К атипичным формам розового лишая относятся следующие варианты: везикулярный, геморрагический, уртикарный, папулёзный, розовый лишай, подобный мультиформной эритеме, фолликулярный, гигантский розовый лишай Дарье, кольцевидный окаймлённый розовый лишай Видаля, гипопигментный, инверсный, акральный, односторонний, бляшкоидный, асбестовидный.

Приводим свое наблюдение

Больная Д., 69 лет обратилась к дерматологу

по месту жительства с жалобами на поражение кожи в области левого плеча с августа 2020 года, без субъективных ощущений. Заболевание ни с чем не связывает, хотя накануне три недели тому, перенесла ОРВИ. В прошлом тяжелыми заболеваниями не болела. Аллергоанамнез не отягощен. Больная правильного телосложения, умеренного питания.

Дерматологом был установлен диагноз – Кольцевидная эритема Дарье. Назначен фонотерапия с кортикостероидной мазью. После применения нескольких процедур появились новые высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностях.

Больная была направлена на консультацию в Республиканский дерматовенерологический диспансер. При осмотре – на месте первого очага в области кожи плеча имеется гиперпигментация, на других участках кожи туловища, верхних и нижних конечностях, высыпания «мишеневидной» формы, с отёчным краем, розово – красного цвета, расположенные по линиям Лангера. Установлен диагноз – Розовый лишай, подобный мультиформной эритеме.

В отделении обследована: Вирус простого герпеса – 21,095; Иммуноглобулин Е – 12,01 IU/ml; Ревматоидный фактор (полуколичественный) – < 12 МЕ/мл; С-реактивный белок (количественный высокочувствительный) – 0,456 mg/L; H.pylori (суммарные антитела) – 1,11; АЛТ – 11,7 u/l; АСТ – 15,9 u/l; билирубин – 12,53 ummo l/l; билирубин прямой – 5,59 ummo l/l; Тимолова проба – 1,62; Щелочная фосфатаза – 47,8 u/l; Hb – 38 г/л; Э – 4,1*10¹²; ЦП – 1,0; Л – 9,5 * 10⁹; СОЭ – 3мм/ч; палочкоядерные – 1; сегментоядерные – 72; лимфоциты – 17; моноциты – 10; общий анализ мочи – норма.

Учитывая атипичное течение заболевания, распространённый характер, резистентность к проведенной терапии по месту жительства, для купирования основной клинической симптоматики были назначены системные кортикостероиды. Принимая во внимание наиболее вероятную вирусную теорию заболевания, использование кортикостероидов должно быть ограниченным. Также были назначены противовирусные и гипосенсибилизирующие препараты, витаминотерапия, наружно – кремы с топическими кортикостероидами.

Прокофьев И.А., Шалыгин В.А., Чугуй Е.В.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск
МЛПМУ Детская городская больница № 4 г. Томска

СЛУЧАЙ УМЫШЛЕННО НАНЕСЕННОЙ ТРАВМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКА, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ

Цель работы. Поделиться в медицинском сообществе редким клиническим наблюдением инородного тела прямой кишки (введенного себе подростком 14-и лет), осложненным геморрагическим шоком.

Материалы и методы. С диагнозом «кишечное кровотечение» подросток 14 лет был доставлен в приемное отделение Детской городской больницы № 4 г. Томска. Из анамнеза: 3 дня назад мальчик получил сильный удар кулаком в живот. Через 1 сутки после удара у него появились необильные выделения алой крови из прямой кишки до 5-6 раз в день. Стула не было 3 дня. Машиной «Скорой медицинской помощи» был доставлен в инфекционную больницу им. Сибирцева, кишечная инфекция была исключена.

При поступлении общее состояние больного тяжелое. В сознании. Кожа бледная, теплая. Язык сухой. АД = 90/60 мм рт ст. Пульс на лучевой артерии – 120 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Шоковый индекс по Альговеру – 1,33 (дефицит ОЦК 15-20% – 800-1000 мл). В ОАК были явления анемии 1-2 степени. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, определяется урчание толстого кишечника. Болевого синдрома нет. Со слов пациента, за 3 дня из прямой кишки выделилось около 800 мл алой крови. При пальцевом ректальном исследовании найден цилиндрический округлый предмет, до 5 см в диаметре. Диагноз – инородное тело ампулы прямой кишки, осложненное геморрагическим шоком 2-й степени. После этой «находки», пациент дополнил анамнез заболевания. На обзорной рентгенографии – инородное тело цилиндрической формы в области ампулы прямой кишки, по очертаниям и размерам можно было предположить, что это стакан с неровными краями и просветлением в проекции дна. Свободного газа в брюшной полости нет. При более детальном выяснении анамнеза произошедшего, пациентом было добавлено следующее. Из разговоров взрослых у него создалось убеждение в том, что достичь раскрытия своих скрытых возможностей и талантов он сможет, только тогда, когда вступит в гомосексуальные отношения. Он решил «рас-

крыться», без каких-либо интимных отношений, изготовив своеобразный фантом полового члена из подручных средств – гранёного стакана, в дне которого он сделал отверстие. При мастурбации стакан проскользнул в прямую кишку и застрял. Попытка самостоятельно удалить из прямой кишки инородное тело пассатижами, была безуспешной, лишь откалывались куски стекла различного размера от стенки стакана. Пациент о случившемся родителям не сказал.

Результаты. После двухчасовой предоперационной подготовки под общим наркозом было проведено удаление инородного тела из прямой кишки. При помощи ректального зеркала обнаружили 100 мл гранёный стакан с обломанными краями, введенный в прямую кишку вверх дном. По ходу стенок стакана были наложения фибрина. С техническими трудностями стакан был извлечен (размеры стакана 5 x 6,5 x 10 см). Целостность прямой кишки была не нарушена. В анальный канал установили тампон с мазью Вишневского и газоотводную трубку, которые удалили во время перевязки на 5-й день после операции. Послеоперационный период протекал гладко, на 6-е сутки и в последующие дни лечения был самостоятельный оформленный стул без патологических включений. С 1-х суток лечения с пациентом работал клинический психолог больницы, который предложил провести консультацию психиатра для исключения синдрома Прадера-Вилли, при котором нередко отмечается такое самоповреждение, как щипание кожи, однако у 15% подростков и взрослых с данным синдромом наблюдается и более серьезная форма – ректальное самоповреждение (rectal picking), которое влечет за собой анемию из-за потери крови, травматизацию анального сфинктера, вплоть до абсцесса прямой кишки. После консультации психиатра из центра психического здоровья СО РАМН, синдром Прадера-Вилли был исключен.

Выводы. Данный редкий случай заслуживает внимание врачей клиницистов для приобретения практических знаний, а также представляет интерес для судебно-медицинских экспертов при определении причинённого вреда здоровью человека.

Прокофьева В.Н., Прокофьева Т.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк (Кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО.)

СПОСОБ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Актуальность. Заключительный этап лечения при общих травматических повреждениях лица имеет огромное значение, особенно для девушек в силу того, что помимо восстановленной функции каждый человек хотел бы выглядеть привлекательно.

Цель. Разработать щадящий способ восстановления глубокой деформации в области переносицы с использованием современных технологий.

Материалы и методы. Пациентка П., 23 года, в момент ДТП получила удар средней зоны лица. Была госпитализирована с диагнозом: Открытая черепно-мозговая травма: ушиб головного мозга средней степени тяжести. Открытый многооскольчатый перелом лобной кости, верхней челюсти по Ле-Фор-2 слева и Ле-Фор-3 справа, открытый перелом нижней челюсти. Прооперирована (I этап): металоостеосинтез костей лба, верхней и нижней челюстей титановыми мини-пластинами.

При поступлении пациентки для восстановительного этапа, произведена повторная спиральная томография черепа с объемной 3D реконструкцией изображения. Результаты: вдавленная седловидная деформация и многооскольчатый перелом костей носа. Тактически была определена необходимость восстановительной операции с применением индивидуального эндопротеза. Была получена виртуальная трехмерная модель лицевой кости пациентки в файле формата STL, проведен анализ 3D модели мягких тканей и из-

готовлялась их модель. При помощи программных модулей восстановлена форма мягких тканей носа, которая соответствовала фотографии пациентки в STL-формате до получения травмы. На виртуальную модель костного дефекта нанесена восстановленная костная структура носа, согласно контурам мягких тканей, была изготовлена пресс-форма посредством технологии 3D печати. Верхняя основа пресс-формы была изготовлена из ABS пластика, нижняя – из PLA пластика. При помощи пресс-формы изготовлена индивидуальная реконструктивная пластина, которая полностью соответствовала утраченной части спинки носа и представляла собой опору для мягких тканей. Для определения хирургической тактики процесса установки имплантата, на 3D принтере был изготовлен физический прототип черепа пациентки из ABS-пластика и смоделирован процесс их совмещения. По заранее спланированной тактике было проведено оперативное лечение.

Результаты исследования. В результате применения индивидуально изготовленного имплантата из титановой сетки был достигнут очень быстрый и выразительный результат, полностью устраивший пациентку. Течение послеоперационного периода – гладкое. Отдаленный результат – положительный.

Выводы. Мы можем иметь все основания утверждать, что несмотря на то, что изготовление имплантата является многоэтапным процессом – это оправдывает себя, если оценивать, как

сроки реабилитации, так и сам результат.

Прохоров Е.В., Челпан Л.Л., Островский И.М., Пшеничная Е.В., Толченникова Е.Н., Гончарова Т.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИСТАНЦИОННОЕ ПРЕПОДАВАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ» – ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Дистанционное обучение (ДО) студентов стало возможным благодаря тотальной компьютеризации. По сравнению с прошлым веком – это определенный прогресс. В экстремальных обстоятельствах (а их за последние годы в До-

нецкой Народной Республике было два – война и пандемия) ДО в медицинском ВУЗе может частично заменить очное, особенно в преподавании теоретических дисциплин. Вузом в период начала военных действий была создана плат-

форма для проведения ДО – информационно-образовательная среда.

На клинической кафедре (в нашем случае выпускной) качество обучения зависит от подготовки методического обеспечения обучения и качества контроля. Так, тема каждого занятия освещена в методических рекомендациях для студентов (с перечнем теоретических вопросов, литературных источников, тестовых заданий обучающего характера и алгоритма дифференциальной диагностики), а также в мини-лекциях. Контроль проводится с помощью ситуационных задач и тестов (10 тестов в случайном порядке из базы в 15-50 тестов на каждую тему). Тесты и ситуационные задачи закрываются на следующий день, т.е. студенты должны пройти тему день в день, как предусмотрено планом и расписанием. Итоговая оценка за день состоит из трех частей (оценка за лекцию, за задачи и за тесты). Студенту, не выполнившему какую-то часть, выставляется «Нб». Отработка пропусков осуществляется по графику, составленному преподавателем. Так же отрабатываются и «неудовлетворительные» оценки (при рейтинге менее 3,0).

Таким образом, теоретические компетенции в целом осваиваются студентами, однако отсут-

ствие визуального контакта студента и преподавателя не позволяет реально оценить логику размышлений обучающихся, а отсутствие большого для курации не позволяет проверить владение мануальными навыками обследования.

Кроме того, время, затраченное преподавателем на подготовку и проверку темы несоизмеримо больше, чем у студента и значительно продолжительнее, чем при очном обучении.

Наконец, в условиях разобщенности преподавателя и студентов у последних существует возможность воспользоваться подсказками более успешных студентов. Нередко студенты вместо своего ответа на задачу вставляют скопированный текст (с помощью сайта «Антиплагиат» преподаватель всегда может вычислить первоисточник).

Учитывая сказанное, представляется целесообразным создание дополнительной платформы ДО, где студент с преподавателем (и даже вся группа) могут разбирать тему в реальном онлайн режиме. Кроме того, предлагаем рассмотреть возможность индивидуального контроля очно, который в условиях пандемии можно осуществлять, приглашая разных студентов на выделенное каждому различное время.

Проценко О.А., Горбенко Ал.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

Известно, что исследование variability сердечного ритма (BCP) является информативной неинвазивной оценкой резервных регуляторных возможностей организма, что может использоваться, для оптимизации лечения больных аллергодерматозами (АлД), пребывающих длительное время в зоне локального конфликта (ЗЛК).

Цель работы: выявить особенности адаптационных возможностей организма у больных АлД на фоне тревожных состояний, обусловленных проживанием в ЗЛК по изучению параметров BCP.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ параметров BCP в двух группах: 1 группа – 70 больных АлД, проживающих в ЗЛК и 2 группа – 30 здоровых лиц без дерматологической патологии, проживающих в таких же условиях. Исследовали спектральные и временные показатели BCP с помощью компьютерной

системы вариационной пульсометрии Cardiolab 2000: SDNN (стандартное отклонение длительности сердечного цикла); RMSSD (квадратный корень из суммы квадратов разностей последовательных пар RR); HF (показатель мощности спектра высокочастотных колебаний); LF (показатель мощности спектра низкочастотных колебаний); VLF (показатель мощности спектра влияния гуморальных систем); LF/HF (показатель вегетативного баланса); TP (показатель общей мощности).

Результаты. При анализе BCP у больных АлД выявлен дисбаланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС). Показатель SDNN в 1 группе был в 1,3 раза ниже показателей здоровых лиц (2 группа) – $50,61 \pm 2,24$ мс и $62,19 \pm 21,32$ мс, соответственно ($p < 0,05$), что отражало снижение адаптационных возможностей организма у данных пациентов. Показатель RMSSD у больных

АлД был в 1,6 раза ниже значений здоровых лиц – $43,64 \pm 25,16$ мс и $68,47 \pm 13,02$ мс соответственно, что отражало сниженную активность парасимпатического звена вегетативной регуляции. Показатель общей мощности спектра (TP) у больных АлД был в 1,5 раза ниже, чем у здоровых лиц 2 группы – $2672,94 \pm 235,17$ мс² и $3939 \pm 387,5$ мс², соответственно ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о выраженном снижении компенсаторных возможностей организма и нарушении нейро-гуморальной регуляции, что, в свою очередь, может поддерживать хроническое течение дерматоза. Уровень VLF-волн был в 1,6 раз выше у больных АлД, по сравнению с лицами 2 группы – $759,20 \pm 61,20$ мс² и $474,50 \pm 53,1$ мс² соответственно ($p < 0,05$). HF в 1 группе в 1,5 раза меньше, чем у здоровых лиц – $597,50 \pm 119,38$ мс² и $908,41 \pm 112,40$ мс², соответственно ($p < 0,05$),

что могло отражать недостаточность парасимпатической регуляции ВНС. В 1 группе показатель LF был в 1,5 раза выше значений лиц 2 группы – $1712,03 \pm 72,07$ мс² и 1150 ± 260 мс², соответственно ($p < 0,05$), что отражало активацию симпатической регуляции ВНС. Показатель LF/HF у больных АлД составил $2,39 \pm 0,16\%$, был в 1,5 раза выше показателей здоровых лиц 2 группы ($1,61 \pm 0,33\%$) ($p < 0,05$) что свидетельствовало о дисбалансе симпатических и парасимпатических влияний.

Выводы. Полученные данные свидетельствовали о выраженных нарушениях адаптационных возможностей организма у больных АлД, проживающих в ЗЛК, что должно быть учтено при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

Проценко О.А., Корчак И.В., Жариков В.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР

ОСОБЕННОСТИ ВИС-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ДЕРМАТОЗОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Цель исследования – установить особенности поражений кожи у больных на различных клинических стадиях ВИЧ-инфекции.

Материал и методы. В период с 2009 по 2019 гг. наблюдали 176 больных с ВИЧ-ассоциированными дерматозами, в т.ч. 90 (51,1%) мужчин и 86 (48,9%) женщин в возрасте от 18 до 67 лет. 1 клиническая стадия ВИЧ-инфекции была у 32 (18,2%) больных, 2-я – у 44 (25%); 3-я – у 76 (43,2%), 4-я – у 24 (13,6%) больных.

Результаты. При анализе ВИЧ-ассоциированных дерматозов отмечено преобладание инфекционных – у 162 (92%) больных. Среди них больше всего было микозов – у 146 (90,1%) больных. Вирусные дерматозы выявлены у 100 (61,7%) больных, в т.ч. простой пузырьковый лишай – у 18 (11,1%), бородавки обыкновенные и плоские – у 69 (41,9%) больных, контагиозный моллюск – у 11 (у 6,8%), папилломы – у 19 (11,7%). Пиодермии (у 17,4% больных) были представлены вульгарным импетиго – у 8 (4,9%) больных, фурункулезом – у 9 (5,8%), эктимой – у 6 (3,7%), эозинофильным фолликулитом – у 5 (3%). Среди неинфекционных дерматозов преобладали аллергические и токсико-аллергические дерматозы (хроническая экзема, крапивница, многоформная эксудативная эритема и др.) – у 87 (59,6%), лихеноидные

дерматозы (псориаз, красный плоский лишай) – у 50 (34,2%). У 10 (6,8%) больных установлена саркома Капоши. Себорейный дерматит и себорея волосистой части головы отмечены у 113 (77,3%) больных. При инфекционных дерматозов отмечено многообразие клинических форм с поражением у одного и того же больного нескольких топографических регионов. Так, поражение 2-х и более топографических регионов микотической и вирусной инфекцией отмечено у 152 (93,9%) больных, независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции и уровня иммунологических изменений. Сочетание двух и более клинических разновидностей микотической и вирусной патологии выявлено у 142 (87,8%) больных, несколько чаще на I клинической стадии ВИЧ-инфекции. Наиболее часто встречались микозы стоп и крупных складок, кандидоз слизистой полости рта – у 146 (90,1%) и 110 (68,1%) больных соответственно, преимущественно у мужчин – у 52,4% и 60,1% больных соответственно. У 28,2% больных, в основном, мужчин, микозы сопровождалась развитием микотической экземы, в основном на I клинической стадии при снижении содержания CD4 ниже 350 клеток в 1 мл. Обращало внимание частое сочетание герпеса простого пузырькового (генитального и лабиального) с кандидозом слизистой

полости рта – у 83,3% больных, как у мужчин, так и у женщин, в основном, на 2й клинической стадии, при снижении уровня СД4 ниже 200 клеток в 1 мл крови. При анализе клинических особенностей неинфекционных дерматозов обращало внимание распространенность поражения. У 68,2% больных площадь псориатических и / или аллергических поражения превышала 20% площади тела. Отмечено частое присоединение инфекционного компонента к течению неинфекционного дерматоза, в основном на 2й клинической стадии и снижении уровня СД4 ниже 350

клеток в 1 мл. Обращало внимание частое рецидивирование процесса (экземы, псориаза и др.) и широкий спектр сопутствующей соматической патологии, среди которой преобладали нарушения органов пищеварения (гепатиты, дисбактериоз кишечника, колиты, гастродуодениты). У 12,6% больных аллергические дерматозы и токсидермии развились на фоне АРВ терапии.

Выводы. Выявленные особенности могут быть использованы для оптимизации лечения ВИЧ-ассоциированных дерматозов.

Проценко О.А., Темкин В.В., Милус И.Е., Кретова Л.А., Авсянкина Т.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР, городские кожно-венерологические диспансеры гг. Макеевки и Снежное

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

С 2020 г. для врачей дерматовенерологов республики внедрена система непрерывного медицинского образования (НМО), при которой вместо проведения предаттестационных циклов 1 раз в 5 лет проводятся ежегодные недельные циклы повышения квалификации (ПК) (36 часов/год) и 1 раз в 5 лет – 2-х недельное тематическое усовершенствование (ТУ) (72 часа). ПК включают 4 модуля: «Аллергодерматозы», «Папулосквамозные дерматозы», «Аутоиммунные дерматозы», «Инфекционные и паразитарные дерматозы. Сифилис. Инфекции, передающиеся половым путем» и ТУ «Избранные вопросы дерматовенерологии». Образовательная активность врача учитывается в виде зачетных единиц трудоемкости (ЗЕТ). В течение пяти лет между аттестациями врач должен набрать не менее 250 ЗЕТ, при этом недельное ПК оценивается в 36 ЗЕТ, 2-х недельное ТУ – 72 ЗЕТ, оставшиеся врач набирает подтвержденным участием в конференциях, публикациями статей и тезисов. Изменение сложившегося стереотипа проведения медицинского образования, миграция специалистов и сложности формирования базы данных врачей, эпидемическая ситуация в регионе – все это создает предпосылки несвоевременного оформления документов и прохождения обучения. В связи с этим с целью оптимизации организации НМО в дерматологии разработан пошаговый алгоритм действия врачей. Первоначально (1 шаг) для получения путевки на обучение на электронную почту деканата и кафедры с электронной почты лечебного учреждения, где работает врач направляется ходатайство на

имя проректора по лечебной работе и последипломного образования ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО от лечебного учреждения, в котором работает врач и заявление врача о выдаче путевки на обучение на имя проректора по лечебной работе и последипломного образования ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО завизированное главным внештатным специалистом МЗ ДНР по специальности «Дерматовенерология»; затем предоставляется скан копии документов (трудовая книжка, заверенная отделом кадров с записью о продолжении работы по настоящее время; удостоверение последней аттестации по специальности). После получения документов деканатом на электронный адрес лечебного учреждения будет отправлена путевка с номером и датой обучения (2 шаг). На основании полученной путевки лечебное учреждение (ЛУ) оформляет приказ по ЛУ на данного врача (3 шаг). 4 шаг – на электронную почту деканата и кафедры досылают скан копии оставшихся документов (приказ о направлении на обучение; паспорт- 1,2 стр., прописка; диплом; сертификат специалиста (после окончания интернатуры или профессиональной переподготовки/специализации; путевку; заполненную личную карточку. 5 шаг: для начала обучения после оформления документов на электронный адрес кафедры отправляют адрес электронной почты обучающегося для последующей регистрации на сайте дистанционного обучения ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО. Посещаемость сайта ежедневно контролируется сотрудниками кафедры. В последний день обучающийся получает сер-

тификат о пройденном ПК или ТУ; после 4 ПК и ТУ выдается сертификат для последующей аттестации. Таким образом, разработанный поша-

говый алгоритм действий врача, начиная с этапа оформления документов, позволит оптимизировать этот процесс.

Проценко Т.В., Волошин Р.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» МЗ ДНР, ФГ БОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

Особую актуальность в настоящее время приобретают вопросы подготовки специалистов, занимающихся медицинской косметологией. Достаточно частый вопрос – врачи какой специальности должны оказывать эти услуги? Где «ниша» для средних медицинских работников, или лиц с высшим медицинским образованием, но не дерматологов, или с высшим, но не медицинским образованием? Качественные косметологические услуги возможны лишь при высоком профессионализме специалистов, основанном на глубоких знаниях о функционировании кожи, ее взаимосвязи с патологией и функционированием внутренних органов. Эстетические изменения кожи могут быть первым клиническим проявлением соматической патологии, системных заболеваний соединительной ткани, гематологической, сосудистой или онкологической патологии: многочисленные папиломы/кератомы при полипах внутренних органов, склонных к малигнизации (синдром Лезер-Трелла), периорифициальная пигментация (синдром Пеутц-Егерса-Турена) при малигнизированном полипе кишечника и т.п. Есть особенности оказания косметологических услуг лицам с отягощенным аллергическим, герпетическим анамнезом. При некоторых косметологических вмешательствах необходимо учитывать возможность лекарственного взаимодействия, обусловленного приемом препаратов космецевтики, витаминов и биологически активных добавок. Эстетические дефекты кожи могут быть обусловлены физиологическими изменениями в организме (пигментация при беременности; жирная проблемная кожа подростков или у женщин в перименопаузальном периоде). Разобраться в этом разнообразии причин

может только специалист с базовыми знаниями по дерматологии и последующим образованием по медицинской косметологии. Обеспечение этого принципа – компетентные и квалифицированные кадры и постоянно действующая система их подготовки и переподготовки. Косметик-эстетист может выполнять только гигиенический массаж лица, чистку, маски с питательными кремами. Все другие методы воздействия, влияющие на весь организм или нарушающие целостность кожи (пилинг, все инъекционные методики) проводит только сертифицированный или аттестованный врач-дерматовенеролог. Врачи, занимающиеся медицинской косметологией, должны иметь базовое образование по дерматовенерологии (через обучение в интернатуре или специализацию по дерматовенерологии) Специализацию по дерматовенерологии имеет право получить врач, окончивший институт по специальности «лечебное дело». Обязательным условием профессиональной деятельности является аттестация врача каждые 5 лет с присвоением или подтверждением соответствующей квалификационной категории по специальности «дерматовенерология». Случаи осложнений, многочисленные рекламации после проведения косметологических вмешательств обусловлены прежде всего низким уровнем квалификации специалистов. Таким образом, успешное развитие медицинской косметологии и эстетической медицины невозможно без соблюдения регламентирующих правил, компетентных и квалифицированных кадров и постоянно действующей системы их подготовки и переподготовки. Компетенция кадров – это сочетание знаний и навыков, мотивации и личных возможностей.

Пузик А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Особое значение в профессиональной подготовке будущих врачей приобретает готовность к профессиональной коммуникации, которая является сложным социально-психологическим образованием, тесно связанным с процессом подготовки будущих специалистов и отражает уровень сформированности их интегративных знаний, умений и навыков.

Составляющими готовности к профессиональной коммуникации выступают следующие компоненты: интегративно-когнитивный (приобретение лингвистической, социокультурной и профессиональной компетенций), мотивационный (формирование комплекса социально релевантных мотивов, пробуждение у будущих специалистов интереса к интегрированным гуманитарным знаниям, направленным на профессиональную деятельность), личностный (формирование интегрированных профессионально важных качеств), интегративно-операционный (направлен на совершенствование умений, необходимых для использования интегрированных знаний, умений, навыков в сфере профессиональной деятельности).

Осмысление феномена «формирование готовности студентов к профессиональной коммуникации» основывается на идеях философов, научных достижениях педагогов, психологов, социологов, лингвистов, теоретических, методологических, методических наработках ведущих представителей современной отечественной и зарубежной педагогической мысли.

Представляется, что традиционные принципы построения учебных программ не учитывают в должной мере те новые требования к содержанию медицинского образования, диктуемые противоречивыми процессами интеграции современного научного знания. При этом предметное построение учебного плана создает реальную опасность изоляции в сознании будущих специалистов знаний, умений и навыков, полученных

при изучении отдельных дисциплин. Вместе с тем, между изолированными друг от друга дисциплинами не прекращается скрытое, а иногда и открытое соперничество, во время которого то растет, то сокращается количество учебных часов, выделяемых на те или иные дисциплины.

Формирование готовности студентов к профессиональной коммуникации является органической частью их общеобразовательной, подготовки и способствует развитию общенаучного и клинического мышления.

В этой связи «профессиональная коммуникация» представляется как система, которая предусматривает установление смыслового единства между гуманитарным, медико-биологическим и специальным циклами дисциплин в высшей медицинской школе, а «интегративное профессиональное умение» – определенный уровень сформированности лингвистической компетенции (уровень усвоения языковых знаний, умений и навыков) и профессиональной компетенции (уровень сформированности специальных знаний, умений и навыков), с помощью которых студент может осуществлять анализ, планирование и организацию своей учебно-познавательной деятельности под руководством преподавателя в пределах выбранной специальности.

Эффективность формирования готовности к профессиональной коммуникации обусловлена организацией интегративного учебно-методического комплекса, который включает: типовой учебный план и программы; учебные пособия; методические указания; систему вербальных и компьютерных средств организации учебно-познавательной деятельности будущих специалистов. Основной задачей такого учебно-методического комплекса является обеспечение взаимосвязи гуманитарных и специальных дисциплин; систему контроля и коррекции результатов.

*Пустовой Ю.Г., Тананакина Т.П., Баранова В.В., Алиева А.А.,
Вайленко Д.С., Унукович К.Ю.*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ
ЛУКИ»

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭРИТРОЦИТЫ КРОВИ КРЫС

Актуальность: Прием любых лекарственных препаратов подразумевает развитие не только ожидаемого терапевтического эффекта, но и регистрацию различных нежелательных реакций (НР), в том числе миелотоксических – с угнетением эритроцитарного роста кроветворения. Особенностью лечения туберкулеза является длительность приема противотуберкулезных препаратов от 6 до 20 месяцев и обязательное назначение комплексной химиотерапии от 4-х до 6-ти противотуберкулезных препаратов (ПТП). Одной из причин развития лекарственной гемолитической анемии может быть возникновение иммунного ответа при длительном приеме лекарственного средства. Это связано с развитием иммуннокомплексного механизма: депозиция (оседание) антилекарственных антигенов на поверхности эритроцитов с образованием разрушающих иммунных комплексов.

Цель: изучить морфологические особенности эритроцитов при приеме не изолированного ПТП, а при их сочетанном приеме в различных комбинациях, применяемых на современном этапе для лечения туберкулеза с сохраненной чувствительностью микобактерий туберкулеза к препаратам и при химиорезистентном туберкулезе.

Материалы и методы: Объектом исследования являлись белые беспородные половозрелые крысы. Все животные были разделены на 3 группы, в зависимости от получаемых ПТП: группа контроля, группа 1 – получавшие препараты 1 ряда (применяемые для лечения чувствительного туберкулеза) и группа 2 – получавшие препараты 2 ряда (применяемые для лечения химиорезистентного туберкулеза). Расчеты дозировки ПТП проводились с учетом требований по доклиническим исследованиям. Оценка состояния крови проводилась на сроках 30, 60, 90 и 120 дней. В ходе эксперимента определялись

количественные показатели эритроцитов крови крыс, а также оценивались их морфологические характеристики.

Результаты: Анализ показателей красной крови исследуемых животных показал не только снижение количества эритроцитов, но и снижение уровня гемоглобина. Данные изменения наиболее выражены были во второй группе исследуемых животных, принимающих 2 ряда противотуберкулезных препаратов. Также при микроскопическом исследовании мазков крови этой экспериментальной группы крыс, на сроке 90 дней были выявлены значительные морфологические изменения эритроцитов: анизоцитоз и пойкилоцитоз эритроцитов в представленных мазках крови, появление сферических форм эритроцитов, что может указывать на их преждевременное «старение», приводящее к последующему более раннему не физиологическому разрушению клетки. В динамике наблюдения установлен факт нарастания эритропении в крови крыс с увеличением длительности приема противотуберкулезных препаратов.

Выводы: Результаты проведенного нами эксперимента подтверждают факт гематотоксичности противотуберкулезных препаратов, входящих в схемы лечения пациентов. Наличие выраженных морфологических изменений эритроцитов (анизоцитоз и пойкилоцитоз) в большей степени были зарегистрированы при использовании противотуберкулезных лекарственных препаратов 2 ряда на более поздних сроках эксперимента (90-ый и 120-ый дни приема ПТП). Выявленная тенденция снижения количества эритроцитов и их морфологические изменения могут негативно отразиться на эффективности проводимой противотуберкулезной терапии, а появлении анемического и опосредованного гипоксического синдрома, может быть причиной снижения качества жизни больных.

Пшеничная Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА У МАЛЬЧИКОВ – ПОДРОСТКОВ ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Обследованы 547 мальчиков-подростков в возрасте 15 – 16 лет, обратившиеся в клинику для решения вопроса о возможности занятий в спортивных секциях и/или обучения в учебном заведении с высоким уровнем физической нагрузки. По результатам исследования 336 (61,4%) подростков признаны здоровыми, 50 из них составили группу контроля. У 192 (35,1%) мальчиков-подростков выявлены различные субклинически протекающие формы сердечно-сосудистой патологии, у 19 из общего числа (3,5%) обследованных выявлена иная разрозненная патология. У 53 обследованных констатировано высокое нормальное артериальное давление или «предгипертензия» (ВНАД), у 45 подростков – мозаичный метаболический синдром (МС); у 51 мальчиков-подростков – нарушения ритма сердца (НРС) и у 43 мальчиков – патологические формы геометрии миокарда (ГМ). В качестве основных направлений терапевтического воздействия определены: диетотерапия, модификация образа жизни с нормализацией двигательной активности, коррекция нарушений вегетативной регуляции и метаболического дисбаланса. Консультации в течение первого месяца проводились раз в неделю, в дальнейшем – дважды в месяц в течение 6 месяцев.

Оценка изменений пищевого поведения мальчиков-подростков подгруппы с МС с помощью дневников питания спустя 6 месяцев показала, что большинство из них – 43 (95,6%) выполнило рекомендации по коррекции питания, уменьшив общую калорийность рациона и потребление жиров, упорядочили режим питания. Клинический эффект (снижение массы тела) через 6 месяцев отмечен у 38 (84,4%) подростков подгруппы МС. Индекс массы тела в динамике снижался на 4,1% через 3 мес. и на 3,1% через 6 месяцев дифференцированной коррекции, по завершении наблюдения, находясь в пределах нормативных параметров.

Параллельно с изменением антропометрических параметров отмечена динамика метаболических показателей в подгруппе с ВНАД и в подгруппе с МС. Общий холестерин в среднем снизился на 5,1% и на 11,6% соответственно, в основном за счет липопротеидов низкой плотности. Индекс атерогенности понизился у большинства мальчиков-подростков и статистически значимо не отличался от группы контроля.

У мальчиков-подростков с ВНАД и МС спустя 3 месяца от начала коррекционной программы также отмечалось снижение повышенного систолического артериального давления (АД), однако его целевые значения (<90 центиля) были достигнуты только спустя 6 мес. Уровень диастолического АД в основном сохранялся на прежних значениях, что закономерно привело к нормализации пульсового давления.

Через 3 месяца от начала коррекционной программы синусовая тахикардия сохранялась у 55,6% мальчиков-подростков, синусовая брадикардия – у 61,5%, суправентрикулярная экстрасистолия – у 70,6%; желудочковая экстрасистолия – у 83,3% обследованных. Через 6 месяцев эффект отсутствовал только у 11,1% подростков с синусовой тахикардией, у 30,8% и 41,2% с синусовой брадикардией и суправентрикулярной экстрасистолией соответственно, а также у 50,0% подростков с желудочковой экстрасистолией.

На фоне программы дифференцированной коррекции толщина миокарда межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка значительно уменьшились и уже статистически значимо не отличались от показателей группы контроля, что характеризовало отсутствие признаков гипертрофии, и, соответственно, ремоделирования миокарда левого желудочка. Начальные нарушения диастолической функции, выявленные у 81,4% мальчиков-подростков с ремоделированием миокарда, полностью регрессировали на фоне проведенной коррекции.

Рачкаускас Г.С., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Бондарь Р.Б., Колесников Д.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра психиатрии и наркологии

НАРУШЕНИЕ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

При шизофрении, помимо продуктивной и негативной симптоматики, наблюдаются различные нарушения когнитивной сферы, в частности нарушение исполнительской функции. Исполнительские функции представляют собой набор высокоуровневых процессов, позволяющих планировать действия субъекта для достижения поставленной цели, а также уделять внимание конкретным стимулам для ее достижения. Когнитивный дефицит при травмах головного мозга также очевиден, однако в современной литературе данных о нейрокогнитивном статусе у пациентов с шизофренией в сочетании с данной патологией недостаточно.

Целью нашего исследования было установить уровень нарушения исполнительской функции у больных параноидной шизофренией с сопутствующей черепно-мозговой травмой.

Нами было обследовано 32 пациента (11 мужчин и 21 женщина) с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0), находящихся на стационарном лечении в психиатрических отделениях ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР. Средний возраст пациентов составил $43,7 \pm 5,8$ лет. Диагноз верифицирован по критериям МКБ-10. Было выделено две исследуемые группы: 1-я – пациенты без черепно-мозговой травмы ($n=20$), 2-я – пациенты с черепно-мозговой травмой ($n=12$). Использовались клинико-психопатологический, психометрический, нейропсихологический и статистический методы. Для оценки исполнительской функции был использован Висконсинский тест сортировки карточек (WCST), общее состояние когнитивной сферы устанавливалось с помощью шкалы краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS), выражен-

ность негативных и позитивных симптомов оценивалась с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS). Статистическая обработка проведена в программе STATISTICA 12.5 с применением U-критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

По итогам исследования следует отметить, что при сравнении результатов WCST пациенты 1-й группы показали достоверно более высокие результаты по следующим показателям: полное прохождение шести категорий (Categories Completed, CC) – на 1,8 балла больше ($p < 0,05$), число правильных ответов (Correct Response, CR) – на 7,1 балл больше ($p < 0,05$). Также пациенты без черепно-мозговой травмы имели более высокий суммарный балл BACS (на 22,4 балла больше, $p < 0,05$). Между показателями WCST и суммарным баллом BACS была выявлена высокая прямая корреляция ($r=0,705$ и $r=0,751$ соответственно, $p < 0,05$). Пациенты с черепно-мозговой травмой имели более высокий балл по показателю повторяющихся ответов (Perseverative Response, PR) – на 3,8 балла больше ($p < 0,05$), а также по субшкале негативных симптомов PANSS (на 3,5 балла больше, $p < 0,05$), которая имела обратную высокую корреляцию с суммарным баллом BACS ($r=-0,755$, $p < 0,05$), показателем полного прохождения шести категорий ($r=-0,715$, $p < 0,05$), а также числом правильных ответов WCST ($r=-0,748$, $p < 0,05$).

Таким образом, больные параноидной шизофренией с сопутствующей черепно-мозговой травмой имеют более глубокое нарушение исполнительской функции, чем пациенты без органического фона.

Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., Бобык О.А., Кондуфор О.В., Булкина Н.Э.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра психиатрии и наркологии

АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

В настоящее время, в условиях пандемии COVID-19, значительно возросло количество

стрессов, что связано не только с самим заболеванием, но и с изменением условий жизни

(снижение социальных контактов, длительное пребывание в ограниченном пространстве, отсутствие прогулок и отдыха на природе, спортивных занятий) и постоянным нервным перенапряжением (боязнь заразиться самому или заразить близких).

Целью нашего исследования явилось изучение влияния стрессовых факторов, связанных с пандемией COVID-19, на течение психосоматических заболеваний и сравнительная характеристика наиболее эффективных методов лечения.

Нами были обследованы 50 пациентов в возрасте от 23 до 55 лет, среди которых 20 наблюдались по поводу «классических» психосоматических заболеваний (бронхиальной астмы, гипертонической болезни и язвенной болезни желудка; обратившихся к психиатру с тревожно-депрессивной симптоматикой) и 30 пациентов с соматоформными расстройствами. Все пациенты высказывали различные жалобы, обусловленные стрессовыми факторами, связанными с пандемией COVID-19. Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Изучались так же лабораторные исследования, данные объективного осмотра. Из экспериментально-психологических методик применялись: шкала Спилбергера-Ханина, шкала Бека, Гиссенский опросник, личностный опросник Айзенка, методика определения стрессоустойчивости Холмса и Рея. Из методов математической статистики – измерение критерия различия Манна-Уитни. Обострению или манифестации болезни во всех случаях способствовали стрессовые факторы, связанные с пандемией COVID-19 (эмоциональные переживания за близких, изоляция, страх заразиться и пр). Все пациенты получали адек-

ватную фармакотерапию соматической патологии и аффективных нарушений. Пациенты были разделены на 2 группы по 25 человек. С пациентами первой группы проводились психотерапевтические занятия 3 раза в неделю по 1,5 часа в виде когнитивно-поведенческой и телесно-ориентированной терапии. Так же использовался метод психофизиологической саморегуляции «Ключ». Контрольная группа получала только фармакотерапию.

Согласно проведенным психодиагностическим методикам, у всех пациентов отмечался высокий уровень тревожности, депрессивная симптоматика, низкий уровень стрессоустойчивости. То есть, в ходе исследования, было отмечено влияние стрессовых факторов и личностных особенностей (тревожно-мнительные черты) на развитие психосоматических заболеваний, что особенно актуально в период пандемии COVID-19.

Математическая обработка динамики исследуемых показателей после прохождения курса терапии выявила положительные сдвиги в психическом состоянии пациентов обеих групп. В частности, произошло снижение уровня депрессии, интенсивности соматических жалоб. Однако, у пациентов контрольной группы сохранялся достаточно высокий уровень личностной и ситуативной (связанной с событиями пандемии) тревожности, склонность к затяжному течению заболевания. Таким образом, проведенное сравнительное исследование показало наибольшую эффективность комплексного лечения психосоматических заболеваний, в условиях пандемии COVID-19, с использованием фармакотерапии и различных психотерапевтических методик.

Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., Бондарь Р.Б., Кондуфор О.В., Бобык О.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра психиатрии и наркологии.

АНАЛИЗ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности сосудистых психозов.

Нами было обследовано 127 больных с сосудистой патологией, находящихся на стационарном лечении в психиатрических отделениях ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР, средний возраст которых составил $48 \pm 8,7$. По результатам исследования: у 32 пациентов (25%) наблюдались расстройства психотического уровня, у 21 (17%) – диагностирована сосудистая деменция, у 74 (58%) – расстройства непсихотического характера. Психотические расстройства сосудистого генеза чаще

возникают у пациентов, страдающих инфарктами сосудов головного мозга, непсихотические расстройства сосудистого генеза – при атеросклерозе сосудов головного мозга, деменция – у лиц, перенесших инсульт.

Анализ группы показал, что наиболее часто сосудистые психотические расстройства отмечаются в возрасте от 45 до 60 лет. При этом, у женщин психотические расстройства возникают достоверно раньше ($p \leq 0,001$) и отмечаются достоверно чаще, чем у мужчин ($p \leq 0,001$).

При анализе расстройств психотической

группы выявлено, что наиболее часто отмечаются тревожные сосудистые расстройства психотического уровня (35%), на втором месте депрессивные расстройства (27%), на третьем – бредовые (24%), самой малочисленной группой является сосудистый галлюциноз.

Таким образом, можно сделать вывод о достаточно высокой распространенности сосудистых психозов. При этом для данной группы нередки не только аффективные расстройства, но и наиболее тяжелые в синдромологическом плане бредовые расстройства.

Ребров Б.А., Блудова Н.Г., Благинина И.И., Иванова Н.А., Князева А.К.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, Луганская Народная Республика

ГУ «Луганский республиканский кардиологический диспансер» Луганск, Луганская Народная Республика

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУРОЛАЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Актуальность. В настоящее время место тромболитической терапии (ТЛТ) четко определено в алгоритме лечения острого коронарного синдрома (ОКС) со стойкой элевацией сегмента ST. ТЛТ позволяет снизить смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) и увеличить терапевтическое «окно» для проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). С 2017 года в учреждениях ЛНР применяется российский фибринспецифический тромболитик Пуролаза.

Цель. Исследовать клиническую эффективность и безопасность тромболитического препарата пулолаза.

Материалы и методы. Проанализированы и изучены истории болезней 37 пациентов с ОИМ, которым проводилась реперфузионная терапия пулолазой. Среди них мужчин – 24 (67%), женщин – 13 (33%), средний возраст 61 ± 5 лет. Пулолаза назначалась больным в первые 6 часов от начала развития симптомов по стандартной схеме (болюс + инфузия). Пациентам проводился осмотр, физикальное обследование, регистрация ЭКГ исходной, на 90 и 180 минуте ТЛТ. Статистический анализ проводился с применением модуля «STATISTICA».

Результаты исследования. При оценке клиники ОИМ сохранение болевого синдрома после проведения ТЛТ пулолазой наблюдалось у 8 человек (21%). При сравнении результатов проведения ТЛТ была выявлена достоверная зависимость эффективности тромболитического препарата от длительности болевого синдрома. Так, достоверно чаще снижение сегмента ST более 50% на 90 минуте от начала тромболитического лечения выявлялось у пациен-

тов с длительностью боли от 60 мин до 120 мин. ($p < 0,05$) У больных с длительностью боли в диапазоне от 150 до 210 мин. значительно чаще отмечалась динамика сегмента ST более 50% на 180 минуте от начала тромболитического лечения. ($p < 0,05$) Если время боли превышало 280 минут, тромболитический препарат был неэффективен по данным ЭКГ.

При анализе результатов тромболитического препарата пулолазой в процентном отношении эффективность ТЛТ выглядела следующим образом: эффективность по ЭКГ на 90 минуте – у 21 (58%) больных, на 180 минуте – у 8 (21%) соответственно. У 8 (21%) больных после лечения пулолазой не отмечалась положительная динамика на ЭКГ.

При оценке безопасности ТЛТ препаратов выявлены следующие побочные эффекты и осложнения: гематомы в месте пункции в 4 (11%) случаях, десневые кровотечения – у 3 (8%) больных, маточные кровотечения – у 1 (3%) пациентки, желудочно-кишечное кровотечение средней тяжести выявлено также у 1 (3%). Других побочных эффектов и аллергических реакций не отмечалось.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и безопасности пулолазы при проведении ТЛТ, которые в целом сопоставимы при сравнении с другими современными тромболитиками. Форма выпуска и возможность применения разных схем введения препарата дают возможность широкого применения как на догоспитальном, так и госпитальном этапе, что обеспечивает раннюю реперфузию миокарда и улучшает прогноз заболевания.

Ревако П.П., Комольцева Е.А., Баранов А.Н.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, НАСТУПИВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)

Методы исследования: проведён ретроспективный анализ исходов 231 беременно-сти, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), завершившейся родами на базе ГБУЗ АО «АОКБ» Перинатальный центр (ПЦ) г.Архангельска с января по декабрь 2019 года. В отдаленном периоде оценены возраст матери, вид бесплодия (первичное/вторичное), паритет беременностей и родов, фактор бесплодия, срок родов, метод родоразрешения, количество плодов, пол рождённых детей, их вес, рост, оценка по шкале Апгар, а также судьба на момент выписки их матерей из акушерского физиологического отделения (АФО).

Результаты: средний возраст женщин составил 34,4 года (от 25 до 48 лет). В 108 случаях (46,8%) встретилось первичное бесплодие, в 123 случаях (53,2%) – вторичное. Факторы бесплодия: трубно-перитонеальный (35,9%), мужской (19%), эндокринный (11,2%), бесплодие смешанного генеза (6,9%), эндометриоз (2,2%), неясный фактор (2,2%), хронический эндометрит (1,3%), низкий овариальный резерв, использование до-норской яйцеклетки (0,4%). Было невозможно оценить генез бесплодия в 47 случаях (отсутствие информации в медицинской документации).

Роды через естественные родовые пути проходили в 122 случаях (52,8%), из них индуцированы 37 (30,3%). Плановое кесарево сечение стало методом выбора для 37 беременностей (16%). Экстренное кесарево сечение встретилось в 63 случаях (27,3%). Также имело место вагинальное оперативное родоразрешение путём наложения вакуум-экстрактора и/или акушерских щипцов в 9 случаях (3,9%).

Беременности закончились срочными родами 179 случаях (77,5%), преждевременными в 51 (22%). Кроме того, одни из преждевременных

родов классифицированы как аборт ввиду срока беременности 21 неделя + 5 дней (0,4%).

Одноплодная беременность имела место в 187 случаях (81%). Многоплодные беременности отмечены в 44 (19%): 41 двойня и 3 тройни. Из 278 детей, рождённых в результате применения ВРТ, 140 девочек (50,4%), 138 мальчиков (49,7%).

Средний вес доношенных детей составил 3335,8 г, рост – 52,2 см. У недоношенных детей эти показатели составили в среднем 1963,6 г, 44,2 см. Оценка по шкале Апгар доношенных детей 8/8, недоношенных 6/7. После выписки матерей из АФО, с ними до-мой выписалось 157 новорожденных (56,5%), переведены в ОПНД ПЦ 102 (36,7%), находились в ОАРИТН 13 детей (4,7%), погибли 6 детей (2,2%; из них антенатально 1, интра-натально 2, в раннем послеродовом периоде 1, расценены как аборт 2).

Вывод: женщине с бесплодием, забеременевшей в результате применения ВРТ, в среднем 34 года. Зачастую, наступившая беременность, как и последующие роды для таких женщин являются первыми. Наиболее частым фактором бесплодия является трубно-перитонеальный фактор (35,9%), однако, не стоит забывать о вкладе мужского бесплодия (19%), а также бесплодия смешанного генеза, где также немаловажную роль играет мужской фактор (6,9%). Обычно, беременность, наступившая в результате ЭКО, является доношенной, одноплодной, а рождение плода проходит через естественные родовые пути. Антропометрические показатели детей, рождённых в результате ЭКО, не отличаются от таковых в популяции. Большинство новорожденных выписываются домой с мамой, однако значительная часть детей продолжает стационарное лечение в отделении патологии новорожденных.

Ревако П.П., Лебедева Т.Б., Баранов А.Н.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В современной России взаимоотношения пациента и врача регулируются несколькими законодательными актами, наиболее значимыми из которых являются Конституция (как основной закон государства) и «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». В «Основах» рассказывается, как врач должен вести себя с пациентом, а что грозит доктору, если он будет вести себя иначе – об этом очень подробно повествует Уголовный кодекс РФ.

Медицинская услуга в корне отличается от других профессиональных услуг, поскольку ориентирована на особое благо – здоровье. Отличительной чертой ее является рискованность. Юридическая ответственность врача за свои профессиональные правонарушения – понятие очень широкое. Сюда входит уголовная, гражданско-правовая, материальная и дисциплинарная ответственность. Однако, понятие медицинской (врачебной) ошибки законодательно не закреплено! Так, проект Федерального закона № 323-ФЗ определял врачебную ошибку как допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток независимо от вины медицинской организации и ее работников. Но в итоговой редакции Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» данный термин не был представлен вовсе. За что же можно привлечь врача к уголовной ответственности? В последней редакции УК РФ удалось насчитать минимум 35 статей, которые напрямую касаются профессиональной деятельности людей в белых халатах. По этим статьям чаще всего привлекаются врачи-хирурги, акушеры-гинекологи

и анестезиологи-реаниматологи.

Профессиональная врачебная деятельность, особенно связанная с инвазивными методами диагностики и лечения, всегда сопряжена с риском наступления юридической ответственности в случае неосторожного причинения вреда при оказании медицинской помощи. Высокую значимость данная проблема приобрела в последние годы, когда наряду с уголовной и административной ответственностью все большее место отводится «материальному компоненту» в виде выплат денежной компенсации причиненного вреда пострадавшему больному или его родственникам

К сожалению, все чаще выносятся обвинительные приговоры, по которым лечащие врачи признаются виновными в смерти больных, умерших не по причине ятрогенного повреждения, а вследствие тяжелого исходного заболевания, то есть когда со стороны врача не допущено «активных вредоносных действий».

А есть ли выход? Назрела необходимость в введение двух основных моментов, которые существуют во всем цивилизованном мире: - введение понятия «врачебной ошибки», - обязательное страхование ответственности медицинских работников.

В Государственной Думе уже достаточно длительное время вращается целый пакет законопроектов, призванных внести ясность в столь непростые отношения, как взаимоотношения врача и пациента. Однако результат пока никакого, врачи остаются незащищенными в правовом поле, зато количество исков со стороны пациентов растет как снежный ком.

Редько А.А., Настоящий В.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Общеизвестно, что острый герпетический стоматит (ОГС) – вирусное поражение слизистой оболочки полости рта (СОПР) – возникает у детей в возрасте от 1 до 3 лет. В более позднем возрасте эта патология встречается редко. В свя-

зи с этим представляется целесообразным описание клинического течения ОГС у подростка, которое приведено ниже.

У пациента К., 14 лет появились жалобы на покраснение и постоянную боль в дёснах, резко

усиливающуюся при приёме пищи. Горячая еда и питьё провоцировали чувство жжения в полости рта и невозможность нормально питаться уже более недели. Впервые почувствовал болезненность в дёснах около десяти дней назад. При этом отмечал слабость, общее недомогание, быструю утомляемость, небольшую головную боль и повышение температуры до 37,8°C. Применял содовые полоскания до двух-трёх раз в день, что не приносило облегчения. Через два дня обратился в стоматологический кабинет городской поликлиники по месту жительства. Согласно записи в амбулаторной карте, пациенту был поставлен диагноз «Язвенно-некротический гингивостоматит» и назначены таблетки «Метронидазол» и местно – гель для дёсен «Метрогилдента». Приём назначенных препаратов в течение нескольких дней облегчения не принёс, симптоматика нарастала. Состояние пациента ухудшилось, температура тела повысилась до 38°C, появились резко болезненные высыпания в полости рта и вокруг губ. Был направлен для консультации на кафедру стоматологии детского возраста.

На момент обращения пациент также жаловался на резкое покраснение и усилившуюся болезненность дёсен, невозможность жевания из-за резкой боли в полости рта, наличие болезненных высыпаний и ухудшившееся общее состояние. Объективно: лицо симметрично, кожные покровы обычной окраски. Имеются резко болезненные при дотрагивании высыпания в виде пузырьков с прозрачным содержимым на красной кайме губ, распространяющиеся на подбородок, и лопнувших пузырьков на губах и вокруг них. Также элементы поражения отмечены на слизистой носа и вокруг крыльев носа. Местами среди высыпаний имеются подсыхающие

крышки пузырьков. Отмечено увеличение подчелюстных и шейных лимфоузлов. При пальпации указанные группы лимфоузлов болезненны, подвижны, не спаяны с окружающими тканями. В полости рта: десны на обеих челюстях резко гиперемированы, отёчны. Маргинальная десна гиперемирована в большей степени, чем альвеолярная, отёчна, увеличена за счёт воспалительного отёка, имеет неровный, «изрытый» контур. Отмечены высыпания на кончике языка и слизистой щёк.

На основании предъявленных жалоб, анамнеза и внешнего осмотра пациенту был поставлен диагноз «Острый герпетический стоматит» средней степени тяжести. Назначено местно: обработка СОПР 2% раствором сернокислой меди, полоскания 0,02% раствором хлоргексидина. Внутрь: лейкоцитарный интерферон, таблетки «Супрастин» по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 дней; витаминный комплекс «Супрадин» по 1 таблетке в день в течение месяца. Был назначен «Назоферон» по 2 капли в каждый носовой ход 5-6 раз в сутки в течение 5-7 дней. При обработке СОПР раствором сернокислой меди отмечалась выраженная кровоточивость и большое количество слизи. Уже на второй день применения местной и общей терапии пациенту, с его слов, стало легче. На третий день лечения температура снизилась до 37,2°C, пациент отметил значительное улучшение общего состояния, уменьшение болезненности в полости рта. На пятый день отмечена значительная положительная динамика, температура тела вернулась к нормальным цифрам. Подсыпаний не отмечалось. Данный пациент наблюдался нами две недели до полного исчезновения симптомов. Рецидивов заболевания в течение текущего и последующего года отмечено не было.

Резниченко Н.А.¹, Симрок В.В.², Адунц А.Г.³

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия

²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону, Россия

³Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

АССОЦИАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ VDR, MCM6 И CALCR С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Постменопаузальный остеопороз (ОП) – широко распространенное среди женщин постменопаузального возраста заболевание, характеризующееся высокой хрупкостью костной ткани и склонностью к развитию низкоэнергетических переломов. К настоящему времени в арсенале

врача имеется достаточно широкий перечень препаратов, предназначенных для лечения и профилактики ОП. Однако необходимо учитывать, что сделать объективный вывод о результатах лечения постменопаузального ОП и принять решение, в случае необходимости, об измене-

нии, корректировке схемы терапии врач может минимум спустя 1 год приема препаратов. В связи с этим при выборе препарата для каждой конкретной женщины большое значение имеют методы прогнозирования возможного результата лечения. При разработке таких подходов перспективными являются фармакогенетические исследования.

Цель работы: изучить ассоциации между показателями эффективности 12 месячного курса лечения женщин с постменопаузальным ОП препаратом ибандроновой кислоты и генотипами полиморфизмов rs1544410 и rs10735810 гена рецептора витамина D (VDR), rs4988235 гена MCM6 (minichromosome maintenance complex component 6), rs1801197 гена рецептора кальцитонина (CALCR).

Материалы и методы. Всего в исследование было отобрано 117 женщин в постменопаузальном возрасте, имеющих ОП. Женщины в течение 12 месяцев получали лечение ОП препаратом ибандроновой кислоты (по 150,0 мг 1 раз в месяц). Генетические полиморфизмы определялись методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Оценка результатов лечения женщинам производилась на основании степени прироста минеральной плотности кости (ΔМПК).

Результаты и обсуждение. Выполненные исследования показали существенный прирост значений МПК в общей группе женщин с постменопаузальным ОП спустя 12 месяцев перорального приема ибандроната. Эффект от терапии был выявлен во всех исследованных

участках скелета женщин ($p < 0,001$). При этом минимальный показатель ΔМПК отмечался в зоне шейки левого бедра ($2,71 \pm 0,53\%$), а максимальный – в поясничных позвонках L1-L4 ($4,55 \pm 0,51\%$). Исследование роли генетических факторов в восстановлении костной ткани позволило установить ассоциацию генотипа GG полиморфизма rs1544410 гена VDR с низкими показателями прироста минеральной плотности в поясничных позвонках L1-L4 ($3,41 \pm 0,60\%$ против $5,51 \pm 0,78\%$ у остальных женщин; $p = 0,036$). Влияния других изученных полиморфизмов (rs10735810 гена VDR, rs4988235 гена MCM6, rs1801197 гена CALCR) на эффективность лечения постменопаузального ОП ибандронатом не обнаружено. Полученные данные в нашей работе и результаты других исследований, посвященных поиску генетических предикторов постменопаузального ОП, взаимно дополняют друг друга и доказывают важную роль полиморфизма rs1544410 гена VDR в костном метаболизме. Женщины в постменопаузальном возрасте, имеющие генотип GG полиморфизма rs1544410, отличаются как повышенным риском формирования ОП в поясничных позвонках, так и недостаточным ответом костной ткани в этой же зоне скелета на проводимую антиостеопоротическую терапию ибандроновой кислотой.

Заключение. Полученные результаты целесообразно использовать при разработке персонализированных схем антирезорбтивной терапии для женщин с постменопаузальным остеопорозом.

Реутова Н.О., Котова К.А., Гунькина В.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк;
Дорожная клиническая больница станции Донецк, г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Актуальность. Кардиоэмболический инсульт (КЭИ) часто связан с фибрилляцией предсердий (ФП). Современные антитромботические препараты (АТП) позволяют значительно снизить у пациентов с ФП этот риск. Многие врачи клинической практики нередко отказываются от спасающего жизнь лечения, испытывая опасения при назначении АТП в силу различных причин.

Цель исследования: изучение клинических и демографических параметров у пациентов ФП и КЭИ в анамнезе.

Материалы и методы. Проведен ретроспек-

тивный анализ историй болезни 45 пациентов с ФП и КЭИ в анамнезе (средний возраст $69,8 \pm 10,1$ лет, м:ж – 12:33), находившихся на лечении в кардиологическом и неврологическом отделениях Дорожной клинической больницы станции Донецк. Использована унифицированная шкала для оценки риска тромбоэмболических осложнений CHA₂DS₂-VASc. Статистическая обработка данных выполнена в MedCalc Statistical software.

Результаты исследования. У пациентов с ФП количество перенесенных КЭИ составило: 1 – в

35 (77,8%) случаях, 2 – в 10 (22,2%). В ходе анализа выявлено, что классификация по шкалам риска проводилась в 15 (33,3%) наблюдениях. При оценке по шкале риска тромбоэмболических осложнений получены следующие результаты: у 1 (2,2%) – 2 балла, 4 (8,9%) – 4 балла, 12 (26,7%) – 5 баллов, 23 (51,1%) – 6 баллов, 4 (8,9%) – 7 баллов, 1 (2,2%) – 8 баллов. АТП назначены 44 (97,8%) пациентам, не получал антитромботическую терапию 1 (2,2%). Среди лиц, принимавших АТП, выявлено использование следующих вариантов терапии: ацетилсалициловая кислота назначена 30 (68,3%) пациентам, варфарин – 6 (13,6%), новый пероральный антикоагулянт (ривароксабан) – 1 (2,2%). В историях болезни во всех случаях назначения варфарина присутствовало разъяснение о необходимости контроля целевых значений МНО, однако указаний на необходимость приема препарата натошак не было

ни в одном наблюдении. В единственном случае назначения ривароксабана в истории болезни было указано на разъяснение необходимости приема препарата во время еды.

Выводы. Большинству пациентов ФП и КЭИ в анамнезе назначены АТП. Оценка по шкалам риска проводилась в трети наблюдений. Расчет по шкале риска тромбоэмболических осложнений продемонстрировал, что всем больным было необходимо назначение пероральных антикоагулянтов. Подчеркнем, что в соответствии с оценкой по шкале CHA₂DS₂-VASc, назначение препаратов ацетилсалициловой кислоты не было показано ни в одном из наблюдений, тем не менее такую терапию получали более половины пациентов. Результаты исследования подчеркивают необходимость улучшения информированности практикующих врачей в современных принципах использования АТП.

Розин Ю.А., Розин А.Ю.

ИНВХ им.В.К. Гусака

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГИБРИДНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Актуальность: эвакуация раненых с боевой травмой магистральных сосудов – это всегда сложная задача со многими вводными. Используя различные способы временной остановки кровотечения, мы ставили своей задачей не только спасение жизни, но и в дальнейшем сохранение конечности.

Цель исследования: изучение результатов временной остановки кровотечения при огнестрельных ранениях магистральных сосудов, проведенных непосредственно в зоне ведения боевых действий.

Материалы и методы: в период с апреля 2014 по март 2018 г. была проведена эвакуация с последующей ранней специализированной хирургической помощью 11 раненым с сочетанными огнестрельными повреждениями крупных магистральных сосудов. Мужчины в возрасте от 18 до 43 лет. По характеру повреждения: пулевые ранения у 7, осколочные у 4. У 1 раненого было сочетанное повреждение сосудов шеи и бедренной артерии, у 9 сочетанное повреждение сосудов живота и кишечника, у 1 повреждение подключичных сосудов и легкого. Временная остановка кровотечения из сосудов брюшной полости выполнялась путем введения стерильного катетера Фогарти 7F в инфраренальный

отдел брюшной аорты через поврежденные бедренные артерии и в одном случае через левую подмышечную артерию была осуществлена попытка остановить кровотечение в плевральную полость. Раненый З. 28 лет множественные пулевые ранения бедер и проникающее ранение грудной клетки находился в тяжелом состоянии исключающем дальнейшую эвакуацию, окклюзия бифуркации брюшной аорты, с целью временной остановки кровотечения выполнялось введением катетера Фолея в правую бедренную артерию ретроградно. Раненый М. 43лет множественные осколочные ранения грудной клетки, брюшной полости, правого бедра. Выполнялось дренирование плевральной полости по Бюлау, через повреждение правой поверхностной бедренной артерии ретроградно введением катетера типа Фогарти была выполнена баллонная окклюзия правая подвздошная артерия, по стабилизации состояния раненый эвакуирован в специализированный хирургический центр. Реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 10, из них у 3 циркулярный шов на артерию, у 7 аутовенозное протезирование. Раненый Л. 23 лет умер во время операции, через 1ч50мин после полученного сквозного пулевого ранения грудной клетки с повреждением правой

подключичной артерии и вены, правого легкого.

Результаты : из 11 раненых 1 погиб. После 10 реконструктивно-восстановительных операций на магистральных сосудах кровотоков восстановлен у всех, ампутации выполнены у 2. Соответственно основным видом специализированного хирургического лечения при огнестрельных ранениях магистральных сосудов конечностей была аутовенозная пластика артерий 78%. Циркулярный шов на артерию выполнялся в 2,8%. Уменьшение количества умерших и в отделенном периоде снижение процента инвалидизации может быть достигнуто за счет уменьшения

сроков эвакуации и сокращения промежуточных этапов. Таким образом РСХП рассматривалась нами , как этап реанимационных мероприятий и проводилась одновременно с проведением протившоковой терапии.

Выводы: при тяжелой сочетанной травме магистральных сосудов сопровождающейся геморагическим шоком в сочетании с тактической обстановкой не позволяющей проводить дальнейшую эвакуацию сочетание открытых и эндovasкулярных методик является оптимальным с целью временной остановки кровотечения для спасения жизни и конечности.

Розин Ю.А., Розин А.Ю.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака МЗ ДНР

ОПЫТ ГИБРИДНОЙ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Актуальность: Четыре года непрерывных боевых действий на территории Донбасса позволили нам накопить опыт эвакуации раненых с боевой травмой магистральных сосудов, используя различные способы временной остановки кровотечения, не только с целью спасения жизни, но и сохранении конечности.

Цель исследования: изучение результатов временной остановки кровотечения при огнестрельных ранениях магистральных сосудов, проведенных непосредственно в зоне ведения боевых действий.

Материалы и методы: в период с апреля 2014 по март 2018 г. была проведена эвакуация с последующей ранней специализированной хирургической помощью 11 раненым с сочетанными огнестрельными повреждениями крупных магистральных сосудов. Мужчины в возрасте от 18 до 43 лет. По характеру повреждения : пулевые ранения у 7, осколочные у 4. У 1 раненого было сочетанное повреждение сосудов шеи и бедренной артерии, у 9 сочетанное повреждение сосудов живота и кишечника, у 1 повреждение подключичных сосудов и легкого. Временная остановка кровотечения из сосудов брюшной полости выполнялась путем введения стерильного катетера Фогарти 7F в инфраренальный отдел брюшной аорты через поврежденные бедренные артерии и в одном случае через левую подмышечную артерию была осуществлена попытка остановить кровотечение в плевральную полость. Раненый 3.28 лет множественные пулевые ранения бедер и проникающее ранение грудной клетки находился в тяжелом состоянии исключая дальнейшую эвакуацию, окклюзия бифуркации

брюшной аорты , с целью временной остановки кровотечения выполнялось введением катетера Фолея в правую бедренную артерию ретроградно. Раненый М.43 лет множественные осколочные ранения грудной клетки , брюшной полости, правого бедра. Выполнялось дренирование плевральной полости по Бюлау , через повреждение правой поверхностной бедренной артерии ретроградно введением катетера типа Фогварти окклюзировалась правая подвздошная артерия, по стабилизации состояния эвакуирован в специализированный хирургический центр. Реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 10, из них у 3 циркулярный шов на артерию, у 7 аутовенозное протезирование. Раненый Л. 23 лет умер во время операции, через 1ч50мин после полученного сквозного пулевого ранения грудной клетки с повреждением правой подключичной артерии и вены, правого легкого.

Результаты : из 11 раненых 1 погиб. После 10 реконструктивно-восстановительных операций на магистральных сосудах кровотоков восстановлен у всех, ампутации выполнены у 2. Соответственно основным видом специализированного хирургического лечения при огнестрельных ранениях магистральных сосудов конечностей была аутовенозная пластика артерий 78%. Циркулярный шов на артерию выполнялся в 2,8%. Уменьшение количества умерших и в отделенном периоде снижение процента инвалидизации может быть достигнуто за счет уменьшения сроков эвакуации и сокращения промежуточных этапов. Таким образом РСХП рассматривалась нами , как этап реанимационных мероприятий и проводилась одновременно с проведением про-

тивошоковой терапии.

Выводы: при тяжелой сочетанной травме магистральных сосудов сопровождающейся геморрагическим шоком в сочетании с тактической обстановкой не позволяющей проводить даль-

нейшую эвакуацию сочетание открытых и эндovasкулярных методик является оптимальным с целью временной остановки кровотечения для спасения жизни и конечности.

Романенко К.В., Романенко В.Н., Белик И.Е., Ермилова Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИТРАКОНАЗОЛОМ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

Разноцветный (отрубевидный) лишай (РЛ) вызывается грибами рода *Malassezia*, которые могут также быть причиной фолликулитов, пустулеза новорожденных, отита. Предполагают, что не менее 90% всего населения земли являются носителями *Malassezia* spp. Степень их колонизации в себорейных участках кожи составляет не менее 1×10^4 КОЕ/см².

Таким образом, клинически разноцветный лишай проявляет себя, когда происходит конверсия сапрофитирующей дрожжевой формы *Malassezia* spp. в мицелиальную.

Материал и методы. Пролечено итраконазолом 176 пациентов (90 мужчин и 86 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет, с распространенным РЛ.

Использовались вспомогательные методы диагностики (осмотр кожных покровов с помощью лампы Вуда, положительная йодная проба Бальцера). Диагноз, как правило, подтверждался микроскопией чешуек из очагов поражения после просветления обнаружением округлых почкующихся клеток и коротких, изогнутых гиф.

Больные получали итраконазол – триазольный антимикотик с выраженными кератофильными и липофильными свойствами – по 200 мг (2 капсулы) в день сразу после плотной еды на протяжении 7 дней.

Результаты лечения оценивались через 5 недель после начала терапии с учетом клинических и лабораторных данных.

Результаты и обсуждение. Через 5 недель после лечения итраконазолом у 163 чел. (92,4%) достигнуто микологическое излечение (отсутствие клеток гриба-возбудителя), опережавшее «косметическое излечение» на 2-6 месяцев. У 13 человек (7,6%) результат лечения был негативным (клинически и микологически). Побочные эффекты лечения отмечены у 20 чел. (11,3%); они касались, в основном, желудочно-кишечного

тракта и не было необходимости прерывать лечение. Лишь у 2 пациентов появление крапивницы было причиной для прерывания терапии.

Дальнейшее исследование было проведено для определения возможности предотвращения рецидива РЛ при профилактическом применении итраконазола по 400 мг один раз в месяц на протяжении 6 месяцев. Из исследования выбыли 34 чел. (22 – с негативными результатами лечения и 12 – по различным личным причинам).

Таким образом, для дальнейшего двойного слепого «профилактического лечения» были отобраны 142 пациента с микологическим излечением.

В первую группу (101 чел.) были включены пациенты, излеченные от РЛ (51 мужчина и 50 женщин), которые с профилактической целью затем принимали итраконазол по 200 мг 2 раза в сутки 1 день в месяц в течение полугода.

Пациенты второй (контрольной) группы (41 чел.: 26 мужчин и 15 женщин) получали плацебо. Все пациенты хорошо переносили назначенные препараты за исключением одного (в первой группе), у которого появился зуд кожи, поэтому дальнейший профилактический прием лекарства был прекращен. Наиболее частыми отрицательными эффектами во время профилактического курса были ОРЗ (по 5 чел. в каждой группе). В конце курса 89 чел. (89%) из 100 пациентов в первой группе, получающих итраконазол, и 24 чел. (58%) во второй группе (контрольной) были по-прежнему микологически негативными ($p < 0,001$). Наряду с микологическим излечением, был достигнут и положительный результат в аспекте косметических показателей.

Выводы. Таким образом, профилактическое назначение итраконазола прежним пациентам с распространенным разноцветным лишаем, практически также эффективно, как и базисная терапия данным антимикотиком.

*Романенко С.В. , Хлудеева Н.Д. , Мальгин Г.А., Веремьев Н.Е.
Научный руководитель – проф. Седаков И.Е.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СХЕМА FOLFIRINOX В КАЧЕСТВЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В СРАВНЕНИИ С ГЕМЦИТАБИНОМ ПРИ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение: во всех развитых странах наблюдается рост заболеваемости протоковой аденокарциномой поджелудочной железы, особенностью которой является поздняя диагностика и низкая 1-годичная и 5-летняя выживаемость. Основным методом лечения местнораспространенного процесса является химио- и лучевая терапия, а при диссеминированном – химиотерапия. Однако низкая чувствительность опухоли к терапии не позволяет установить четкие стандарты и препараты необходимые для лечения.

Цель: сравнение схемы FOLFIRINOX в качестве неоадьювантной и паллиативной химиотерапии в сравнении с Гемцитабином при аденокарциноме поджелудочной железы.

Материалы и методы: Произведен поиск научных публикаций на базах PubMed, Medline. Выявлено 968 пациентов с аденокарциномой поджелудочной железы, получавших либо схему FOLFIRINOX, либо лечение гемцитабином за 2016-2020 года.

Результаты: В исследовании PRODIGE-24 493 пациентам была назначена либо схема FOLFIRINOX, либо лечение гемцитабином в течение 24 недель. Средний возраст пациентов составил 48,6 лет. Медиана наблюдения 33,6 месяцев. Наблюдалась статистически значительная разница в 18,3% в безрецидивной 3-летней выживаемости: 39,7% при лечении по модифицированной схеме FOLFIRINOX против 21,4% в группе с гемцитабином). Медиана безрецидивной выживаемости со схемой FOLFIRINOX составила 21,6 месяцев, а с гемцитабином – 12,8 месяцев. Медиана общей выживаемости составила 54,4 месяца в модифицированной группе FOLFIRINOX против 35,0 месяцев в группе гемцитабина (HR= 0,64; 95% ДИ=0,48-0,86; P = 0,003). Отделение онкологии Массачусетской больницы представило крупный обзор, включающий 355 пациентов, у которых был местнораспространенный рак поджелудочной железы. Медиана общей выживаемости от начала

FOLFIRINOX варьировала от 10,0 месяцев (95% ДИ- 4,0-16, 0) до 32,7 месяцев (ДИ- 23,1-42,3). Медиана выживаемости без прогрессирования варьировала от 3,0 месяцев (95%ДИ не рассчитывался) до 20,4 месяцев (ДИ-6,5-34,3). В десяти исследованиях, включающих 490 пациентов, было зарегистрировано 296 осложнений 3 или 4 степени (60,4 случая на 100 пациентов). Таким образом, пациенты с местнораспространенным раком поджелудочной железы, получавшие FOLFIRINOX, имели среднюю выживаемость в среднем 24±2 месяца, что дольше, чем при использовании гемцитабина (6-13 месяцев), что подтверждает эффективность FOLFIRINOX. Из 120 пациентов с раком поджелудочной железы 83 (69,2%) получали предоперационную химиотерапию по схеме FOLFIRINOX, 37 (30,8%) – Гемцитабин + Nab – паклитаксел. Применение FOLFIRINOX ассоциировалось с улучшением медианы выживаемости без прогрессирования (15,3 против 8,2 мес, P=0,006), однако медиана общей выживаемости несла отрицательный характер (23,5 против 18,7 месяцев, P=0,228). Среди пациентов, получивших хирургическое лечение, не было никакой разницы в выживаемости без прогрессирования (19,5 против 15,1 месяцев) или общей выживаемости (27,4 против 19,8 месяцев) между группами FOLFIRINOX и Гемцитабин + Nab – паклитаксел соответственно (P<gt;0,05).

Вывод: применение схемы FOLFIRINOX в качестве паллиативной химиотерапии в сравнении с Гемцитабином улучшает медиану общей выживаемости и медиану выживаемости без прогрессирования, однако в качестве неоадьювантной терапии не было никакой разницы в медианах общей выживаемости и медианах выживаемости без прогрессирования, что указывает на предпочтительное использование данной схемы в качестве паллиативной химиотерапии при аденокарциноме поджелудочной железы.

Рукавкова Е.М., Пантюхин Д.В.

ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева»

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УПРАВЛЯЕМЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность. На фоне очевидных успехов иммунопрофилактики инфекционных болезней острым остается вопрос о продолжении вакцинопрофилактики и расширении списка управляемых инфекционных заболеваний, включенных в территориальный календарь профилактических прививок. В связи с этим, актуальным является изучение показателей заболеваемости инфекционными болезнями, управляемыми средствами специфической профилактики.

Цель исследования. Проанализировать заболеваемость управляемыми инфекционными болезнями и охват вакцинопрофилактикой детского населения Орловской области за последние 3 года.

Материалы и методы. Проанализированы данные официальной статистики Роспотребнадзора по Орловской области за последние 3 года. Изучалась заболеваемость и уровень охвата вакцинацией корью, краснухой, коклюшем, дифтерией, полиомиелитом и эпидемиологическим паротитом.

Результаты и обсуждение. В 2019 году в области не регистрировались заболевания полиомиелитом, дифтерией. Показатель заболеваемости корью в 2019 году (4,55 на 100 тыс. населения) на 49,2% выше показателя по Российской Федерации (3,05 на 100,0 тыс. населения). По состоянию на 31.12.2019 уровень охвата прививками против кори детей и взрослых в области составил: своевременной вакцинацией детей в возрасте 24 месяцев – 97,7% (2018г. – 98,1%), ревакцинация детей в 6 лет – 97,1% (2018 – 97,8%), вакцинация и ревакцинация взрослых в возрасте 18-35 лет – 99,2% (2018г. – 99,2%).

В 2019 г. на территории области зарегистрировано 44 случая коклюша (2018г. – 21 случай, 2017г.- 6 случаев). 97,7% случаев регистрировались среди детского населения. Показатель заболеваемости коклюшем в 2019 году (5,89 на 100 тыс. населения) превысил уровень предыду-

щего года в 2,1 раза (2,81 на 100 тыс. населения), показатель заболеваемости на 40,0% ниже показателя по Российской Федерации (9,81 на 100,0 тыс. населения). В 2019 году своевременно, по достижении возраста 12 месяцев жизни, вакцинировано против коклюша в целом по Орловской области 96,6% детей (2018 г.- 96,7%, 2017 г. – 97,4%). Своевременно ревакцинированы против коклюша по достижении 24 месяцев жизни в 2019 году 95,8% детей (2018г. – 96,7%, 2017г. – 97,2%).

В 2017 году и 2019 году зарегистрировано по 1 случаю эпидемического паротита (показатель 0,13 на 100,0 тыс. населения). Охват своевременной вакцинацией против эпидемического паротита детей в возрасте 2 лет составил в 2019 году 97,7% (2018год- 98,1%, 2017г.- 97,4%). Ревакцинацию против эпидемического паротита в 2019 году получили 97,1% детей в возрасте 6 лет (2018г.- 97,8%, 2017г. – 97,4%).

В результате высокого охвата профилактическими прививками против краснушной инфекции детей и взрослого населения заболеваемость краснухой в области практически не регистрируется (2017 год – 1 завозной случай, 2016 год – 1 завозной случай, 2012г. – 1 случай). Охват своевременной вакцинацией против краснухи детей в возрасте 2 года в 2019 году составил 97,5% (2018 – 98,1%, 2017 – 97,3%).

Заключение. Проводимая в Орловской области в рамках Национального календаря профилактических прививок иммунизация населения позволила добиться существенного снижения заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики. Стабилизация эпидемиологической обстановки по данной инфекции связана с поддержанием регламентированного уровня охвата профилактическими прививками детей в установленные национальным календарем профилактических прививок сроки.

Ряполова Т.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Негативные симптомы шизофрении определяются как отсутствие или уменьшение субъективных переживаний и поведения, которые в норме есть у человека той же культуры. Негативные симптомы шизофрении – современная интерпретация апато-абулического синдрома, но с возможностью более дифференцированной клинической оценки, включающей дефицит, связанный с опытом и переживаниями (снижение стремления к близким отношениям, снижение мотивации и снижение удовольствия) и дефицит выразительности (эмоций и речи). Негативные симптомы шизофрении (выпадение психических функций) (Carpenter et al., 1988) подразделяются на первичные как проявления эмоционально-волевого дефекта (могут быть нестойкими продолжительностью до 1 года и стойкими (дефицитарными), имеющими продолжительность более 1 года), а также вторичными, связанными с текущим состоянием больного или его терапией (вследствие депрессии, лекарственного паркинсонизма, позитивной симптоматики, гипостимуляции среды). Первичные негативные симптомы феноменологически в течение болезни относительно стабильны, меняется лишь выраженность симптомов эмоционально-мотивационного снижения и эмоциональной экспрессии. Вторичная негативная симптоматика, накладываясь на проявления первичных негативных симптомов, может создавать впечатление утяжеления состояния пациента, что ведет к усилению антипсихотической терапии, создавая порочный круг. Исследования последних лет показывают, что негативные симптомы встречаются не так часто и далеко не у всех больных шизофренией. Так, в исследовании Bobes et al. (2010) в результате исследования 1108 амбулаторных больных; было показано, что у 57,6% имел место хотя бы 1 негативный симптом, у 12,9% отмечались первичные негативные симптомы. В исследовании EUFEST (2006 – 2018) 345 больных шизофренией негативные симптомы в течение 1-го года были выявлены в 17%

случаев, далее – до 24%.

Современные подходы в оказании помощи больным с негативными симптомами шизофрении включают медикаментозные и психосоциальные методы. Один из последних клинических алгоритмов (2020) лечения негативных симптомов в качестве препарата первой линии предлагается использование карипразина (3-6 мг/сут); амисульприд (50-300 мг/сут) рассматривается в качестве альтернативы в случаях недостаточности эффективности карипразина. Дальнейшие линии терапии могут включать применение оланзапина и кветиапина, а также аугментацию антидепрессантами.

Целями психосоциальной поддержки больных шизофренией с негативными симптомами являются: психообразование; обучение адекватному восприятию социальных ситуаций; улучшение распознавания и выражения эмоций; тренинг социальных навыков. Наиболее эффективными способами достижения поставленных целей являются когнитивно-поведенческая психотерапия в групповой и индивидуальной формах, включающих психообразовательные техники и таргетные тренинги социальных навыков, а также системная семейная психотерапия, имеющая целью эмоциональную поддержку родственников, гармонизацию взаимоотношений в семьях, улучшение комплайенса.

Таким образом, негативные симптомы шизофрении могут быть достоверным критерием диагностики шизофрении, однако они присутствуют и достаточно выражены не у всех больных, особенно в начале болезни, их диагностика субъективна и требует необходимого навыка распознавания причин вторичных негативных симптомов, современные взгляды на диагностику исключают включение симптомов дезорганизации мышления, аутизма и нарушения социальных когний, что не позволяет рассматривать негативные симптомы как базисные, основные при шизофрении.

Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ

Психосоматические расстройства – разнообразные проявления нарушений со стороны органов и систем организма, которые возникают и обостряются под влиянием психогенных (психологических) факторов (от греч. «psyche» – душа и «soma» – тело). Психосоматические расстройства в МКБ – 10 представлены в рубриках: F45 (соматоформные расстройства), F50 (расстройства аппетита), F52 (сексуальные дисфункции), F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами и болезнями любой рубрики классификации).

Психосоматические реакции (общие неспецифические реакции адаптации) – физиологические и кратковременные изменения со стороны различных систем организма, возникающие после психических переживаний. Их проявлениями являются: учащение пульса, повышение артериального давления, изменение частоты и глубины дыхания, покраснение или бледность кожных покровов, внезапная мышечная слабость, кратковременное нарушение стула или мочеиспускания, изменение уровня сахара в крови, изменение свертываемости крови, иммунной активности и т.д. Диагностическими особенностями различных форм психосоматических расстройств являются их функциональный характер, обратимость, длительность существования, локализация, связь с особенностями личности, взаимосвязь с психологическими факторами.

Соматоформные расстройства – множество постоянных, существующих длительное время жалоб на неприятные и тягостные ощущения, по описаниям больных приближающиеся к сенестопатиям; функциональные расстройства, наблюдающиеся со стороны нескольких органов, при отсутствии объективных признаков их повреждения. Озабоченность симптомами вызывает постоянный дистресс у больного и обуславливает постоянные обращения за медицинской помощью, при этом больной упорно не соглашается с утверждением врачей об отсутствии

у него соматического заболевания. Одной из разновидностей данного расстройства является соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы, являющаяся одной из причин расстройств репродуктивной функции. Возможными источниками таких нарушений могут быть стресс, внутренний конфликт, самонаказание, эффект внушения другим человеком, негативный детский опыт, ятрогенные воздействия. Нередко соматоформная вегетативная дисфункция является соматизированной маской депрессии, при которой те или иные болезненные соматические симптомы выступают на первый план, а депрессивные остаются на заднем плане. Тем не менее, при исследовании репродуктивной функции врач должен уметь выявлять проявления депрессии, к каковым относятся: утрата интереса и удовольствия от деятельности, которая ранее доставляла удовольствие (ангедония), утрата реакции на события, которые ранее вызывали отклик, пробуждение на 2 и более часа раньше обычного времени, суточная динамика настроения (ухудшение утром и улучшение к вечеру), признаки психомоторной заторможенности или тревоги, а также ряд сомато-вегетативных признаков, для возникновения которых нет объективных причин.

В случае выявления психосоматических проблем желательно придерживаться следующего алгоритма оказания помощи: установить рабочий комплаенс с пациенткой и, если необходимо, ее родственниками; путем целенаправленной беседы выяснить существование возможных психологических проблем; направить на консультацию к психиатру или психотерапевту, который квалифицированно определить объем необходимой специализированной помощи (психологическое консультирование, семейная психотерапия; при необходимости – назначение медикаментозной терапии, объем и коррекция которой будет осуществляется совместно с детско-подростковым гинекологом).

Ряполова Т.Л., Лепшина Е.А., Лепшина С.М., Атаев О.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

СТИГМАТИЗАЦИЯ, САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ И ДИСКРИМИНАЦИЯ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В настоящее время в регионе эпидемиологическая ситуация по мультирезистентному туберкулезу (МРТБ) остается напряженной. Основные причины – несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью, недобросовестное отношение к участию в лечебно-диагностическом процессе, низкий уровень приверженности лечению, а иногда и категорический отказ от госпитализации и приема медикаментов.

Цель исследования – изучение особенностей и частоты стигматизирующих переживаний у больных МРТБ легких, изучение уровня самостигматизации у этой категории пациентов, изучение уровня и механизмов дискриминации.

В исследовании приняли участие 117 пациентов РКТБ МЗ ДНР в возрасте от 19 до 65 лет: 1-я группа – 42 пациента с установленным диагнозом МРТБ легких, 2-я группа – 40 пациентов с «чувствительным» ТБ легких. Критериями исключения являлись: ВИЧ-инфекция, наличие онкологического или психического заболевания. Для сравнительной оценки в исследование была включена 3-я группа – 35 пациентов с установленным диагнозом внегоспитальная пневмония. Все группы были идентичны по гендерному и возрастному составу. Все респонденты дали информированное согласие на участие в исследовании.

Использовали методики, разработанные и апробированные коллективом кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО: шкалу оценки частоты стигматизирующих переживаний; шкалу оценки уровня самостигматизации; шкалу оценки уровня и механизмов дискриминации. В исследовании также использовали данные медицинской документации пациентов.

В результате исследования было установлено, что стигматизирующие переживания (СП) «возникают часто» у подавляющего большинства пациентов в 1 и 2 группах, 34 (80,9%) и 30 (70%) пациентов, соответственно. У двух пациентов в каждой из этих групп СП возникают постоянно, что составляет 4,8% в 1 группе и 5% – в группе 2. Стигматизирующие переживания возникают гораздо реже у пациентов 3 группы – СП «возникают редко» у 74,2% (26 чел.), среди пациентов 1 и 2 групп эти показатели отличаются незначительно 6 чел. (14,3%) в 1 группе и 8 чел. (20%) – во 2.

Оценка уровня самостигматизации (СС) также продемонстрировала наибольшую уязвимость пациентов, страдающих МРТБ (1 группа), среди которых высокий уровень СС выявлен у 20 чел. (47,6%). Значительно меньшее количество пациентов с высоким уровнем СС в 3 группе – 2 чел., что составляет лишь 5,7%, при этом пациентов с низким уровнем СС в группе 3 более 60%. Результаты исследования показывают, что самую низкую самооценку имеют пациенты 1 группы, заниженную – пациенты 2 группы и лишь у пациентов 3 группы самооценка находится на достаточном уровне.

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что наиболее социально уязвимыми являются пациенты, страдающие МРТБ, что в свою очередь может создавать предпосылки для формирования низкой приверженности лечению. Гуманное отношение к больным, страдающим МРТБ при разумном соблюдении мер предосторожности позволит изменить отношение пациентов к своему заболеванию и процессу лечения, а значит, в конечном итоге, поможет снизить заболеваемость МРТБ и риск заражения этим заболеванием в социуме.

Савинкова В.В., Федько В.Г., Савинкова Я.В., Сигитова Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАРУШЕНИЕ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПОНТИННОГО МИЕЛИНОЛИЗА У БЕРЕМЕННЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность. Центральный понтинный миелолиз (ЦПМ) представляет собой невоспалительную симметричную демиелинизацию в области средней части основания моста. Резкое изменение градиента осмолярности и быстрая коррекция нарушений водно-электролитного баланса рассматривается как основной патогенетический механизм в развитии заболевания. Снижение устойчивости к осмотическому стрессу у пациенток с неукротимой рвотой беременных в I триместре гестационного периода является причиной развития гипонатриемии, и как следствие – острого начала ЦПМ. Детальное рассмотрение особенностей диагностики и тактики ведения беременных с ЦПМ позволяет своевременно предупредить развитие жизнеугрожающих осложнений, что является актуальным в рассмотренном нами случае.

Описание клинического случая. Пациентка 30 л., беременность II, 9-10 недель, доставлена по линии экстренной медицинской помощи в ДОКТМО 12.09.20 г., госпитализирована в отделение акушерской интенсивной терапии в связи с ухудшением состояния до степени легкого оглушения, нарушением речи в виде «трудности в произношении слов», затруднением глотания, выраженным головокружением системного характера, слабостью в конечностях. Из анамнеза и данных медицинской документации: с 20.08. по 01.09.2020 г. находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении в ЦГБ по месту жительства с диагнозом: «Беременность II, 8-9 недель. Неукротимая рвота беременных тяжелой степени»; проводилась инфузионная терапия солевыми растворами. При поступлении в ДОКТМО urgently осмотрена неврологом, в неврологическом статусе обращали на себя внимание когнитивное снижение, глазодвигательные нарушения в виде горизонтального нистагма при взгляде влево, вертикального нистагма при взгляде вверх; бульбарный синдром; диффузное снижение мышечной силы в конечностях (верхние – 4 балла, нижние – 3 балла), повышение

глубоких рефлексов конечностей, S>D, положительные кистевые и стопные знаки с двух сторон; статико-локомоторная атаксия. Неврологом выставлен предварительный диагноз: «Острый энцефалит с глазодвигательными нарушениями, бульбарным синдромом, тетрапарезом, атактическим синдромом», рекомендовано провести дифференциальную диагностику с острым нарушением мозгового кровообращения, опухолью мозга в области средней части основания моста, рассеянным склерозом. Из дополнительных методов обследования: общий анализ крови от 12.09.2020 г. – вариант нормы; электролиты крови от 12.09.2020 г.: калий – 3,19 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л; МСКТ головного мозга от 12.09.2020 г. – патологических изменений не выявлено. Анализ ликвора от 16.09.2020 г. в пределах нормы. МРТ головного мозга от 20.09.2020 г.: в области ножек мозга, в области базальных ядер визуализируются практически симметричные зоны повышения МР-сигнала в T2-ВИ с нечеткими контурами, шириной до 0,4-1,0 см. На основании совокупности обследований выставлен ДЗ: «Центральный понтинный миелолиз с глазодвигательными нарушениями, бульбарным синдромом, центральным тетрапарезом, атактическим синдромом. Соп.: Беременность II, 17-18 недель». Пациентка получала глюкокортикоидную, нейропротекторную, сосудистую, метаболическую, антибактериальную, антиоксидантную, инфузионную терапию кристаллоидами, витаминотерапию. За время пребывания в стационаре состояние беременной улучшилось: регрессировали речевые нарушения, улучшилось глотание, выросла мышечная сила в конечностях.

Выводы. Таким образом, описанный клинический случай ЦПМ у беременной на фоне неукротимой рвоты является классическим примером нарушений водно-электролитного баланса, требующий неотложных лечебно-диагностических мероприятий для предупреждения жизнеугрожающих осложнений.

Савинкова Я.В., Сигитова Е.В., Федько В.Г., Савинкова В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ВЕРНИКЕ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность. Энцефалопатия Вернике (ЭВ) представляет собой жизнеугрожающее и труднокурабельное заболевание нервной системы, которое характеризуется глазодвигательными нарушениями, мозжечковой атаксией и психическими нарушениями на фоне быстроразвивающегося отёка головного мозга. Метаболические нарушения, возникающие при неукротимой рвоте беременных (НРБ), приводят к очаговым и общемозговым неврологическим нарушениям, которые в сочетании с психическими расстройствами можно расценивать как одну из форм ЭВ. Дефицит тиамина и снижение энергетического потенциала нейронов и глии в условиях отсутствия своевременной метаболической коррекции является провоцирующим фактором ЭВ с быстрым развитием клинических проявлений. Несмотря на то, что типичные для ЭВ нейровизуализационные изменения являются одним из основных критериев постановки диагноза, трудности в диагностике связаны с атипичной симптоматикой и наличием клинически скрытого дефицита тиамина в отсутствии данных анамнеза об алиментарных нарушениях. Несмотря на вовремя начатую инфузионную терапию, прогнозировать полный регресс неврологической симптоматики не представляется возможным, в чем и заключается клинический интерес.

Описание клинического случая. Пациентка 30 лет, в сроке 13-ти недель беременности, 12.09.2020 г. доставлена бригадой скорой медицинской помощи в отделение акушерской интенсивной терапии (ОАИТ) ДОКТМО с жалобами на выраженное системное головокружение, общую слабость, «нечёткость» зрения. Из анамнеза известно, что у больной в течение 3-х месяцев наблюдалась сильная рвота (до 10-15 раз в сутки), по поводу чего проходила стационарное лечение в гинекологическом отделении по месту жительства с 19.08. по 01.09.2020 г. с диагнозом: «Беременность II, 9-10 недель. Неукротимая рвота беременных». Выписана с улучшени-

ем. При поступлении в ОАИТ общее состояние больной тяжелое, осмотрена неврологом, в неврологическом статусе: снижение уровня бодрствования до глубокого оглушения, по ШКГ – 11 баллов. Глазодвигательные нарушения в виде горизонтального и вертикального нистагма; статико-координаторная атаксия. При дополнительном обследовании: общий анализ крови и мочи от 12.09.2020 г. – в пределах нормы; МСКТ головного мозга от 12.09.2020 г. – патологии не выявлено; в анализе ЦСЖ от 16.09.2020 г. – без изменений; МРТ головного мозга от 20.09.2020 г.: в медиальных отделах таламусов выявлены симметричные участки повышенного сигнала с нечеткими контурами размерами 0,4-1,0 см при исследовании в режиме T2-FLAIR. В отделении проводилась дифференциальная диагностика между ОНМК, острым энцефалитом и ЭВ. Учитывая анамнез (НРБ, значительную потерю массы тела – около 10 кг за данный период), изменения психического статуса (заключение психиатра: Психотическое органическое поражение), неврологические проявления в виде глазодвигательных и координаторных нарушений, характерные изменения на МРТ головного мозга выставлен диагноз: «Острая энцефалопатия Вернике с грубыми глазодвигательными нарушениями, атактическим синдромом, психотическими расстройствами». На фоне проводимой терапии (нейрометаболической, инфузионной, противовоспалительной, витамины гр. В (внутривенная инфузия тиамина 200 мг*3 р/д), физиотерапевтическое лечение) состояние больной улучшилось.

Выводы. Таким образом, проявление неврологической симптоматики в виде глазодвигательных нарушений и атактического синдрома в сочетании с изменениями психического статуса целесообразно рассматривать в качестве проявления ЭВ на фоне метаболических нарушений при чрезмерной рвоте беременных.

Садеков Д.Р.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»,
г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЙОНЕ ВЛИЯНИЯ ВЫБРОСОВ СТАРОБЕШЕВСКОЙ ТЕПЛОЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Длительное воздействие атмосферных загрязнений на население, особенно детей, пожилых лиц и лиц с ослабленным здоровьем, приводит к повышению уровня общей заболеваемости населения за счет развития патологии дыхательной системы, усугубления тяжести и длительности течения других болезней, что в определенной мере было обусловлено не только концентрацией пыли в воздухе, но и ее физико-химическими характеристиками (содержание металлов, фракционный состав и т.д.).

Особенности распространения как общей заболеваемости среди населения города Новый Свет (НС), так и отдельных групп болезней (более высокая распространенность заболеваний среди населения города НС по сравнению с контрольным городом Новоазовск (Н), различный удельный вес и частота острых и хронических заболеваний, различия возрастного-полового распределения соответствующих показателей и зависимость их от места проживания людей по отношению к источнику промышленных выбросов) во многом связаны с содержанием в пыли угольной золы металлов в количествах, превышающих установленные для них предельно допустимая концентрация (ПДК).

Установлено, что показатели общей заболеваемости населения НС были в 2,1 раза выше, чем в Н ($P < 0,05$), при этом на исследуемой территории и в контрольном населенном пункте мужчины болели чаще, чем женщины. Повозрастные показатели болезненности населения свидетельствуют о превышении таковых в 1,5 – 2,0 раза во всех возрастных группах НС в сравнении с аналогичными показателями жителей Н.

Однако, различие между городами определялись не только уровнем заболеваемости, но и

темпами роста показателей (в районе размещения ТЭЦ они были выше и составили 3,2 против 1,7 в контроле).

Наибольший удельный вес в обоих городах занимали болезни органов дыхания (36,4%). Возрастные показатели распространенности болезней органов дыхания имели общий характер для городов НС и Н, пик приходился на младший возраст и возрастную группу 40 – 49 лет. Мужчины, как правило, болели чаще женщин. Выявлено статистически достоверное повышение заболеваемости жителей НС болезнями системы кровообращения ($P < 0,05$).

Уровень заболеваемости населения города НС болезнями органов пищеварения был в 2,63 раза выше, чем в контрольном городе ($P < 0,05$). В структуре заболеваний этого класса значительный удельный вес приходился на хронические болезни.

Таким образом, можно предположить, что на распространенность всех заболеваний изучаемых городов оказывали влияние помимо производственных и другие факторы внешней среды, имеющие отношение к жителям всех возрастов.

Характер распространения заболеваний среди населения г. Новый Свет имел четко выраженный признак: чем ближе к ТЭЦ проживали люди, тем чаще они болели. Самые высокие уровни заболеваемости отмечались в зоне с большей степенью загрязнения атмосферного воздуха пылью угольной золы. В то же время на удалении 3000 – 10000 м от промышленного источника (II-ая зона) при концентрации пыли золы в атмосферном воздухе $0,38 \pm 0,008$ мг/м³ заболеваемость населения была ниже, чем в I-ой зоне, но выше, чем в контрольном городе.

Садеков Р.Р., Сенаторова О.Ю.

ФГКУ ДПО «Всероссийский институт повышения квалификации сотрудников МВД России»

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ВУЗАХ МВД РОССИИ

Сегодня говоря о вопросах учебно-методического обеспечения образовательного процесса в образовательных организациях МВД России стоит подчеркнуть, что профессионализм сотрудников ОВД всегда ценился и будет цениться всеми без исключения заинтересованными сторонами: МВД России в лице руководства, руководящего состава, сотрудников ОВД и безусловно население страны, которые оценивают работу правоохранителей, дают им как правовую оценку, так и оценку их деятельности в целом. На сотрудников в практических подразделениях ОВД, в том числе отдельных служб на различных уровнях возлагаются серьезные организационные и оперативные вопросы, связанные с решением большого спектра задач: от набора будущих сотрудников ОВД в подразделения ОВД, прохождения ими службы, обучения и профессиональной переподготовки, до контроля качественного исполнения всеми без исключения сотрудниками ОВД своих должностных обязанностей. Важнейшая стратегическая задача образовательных организаций системы МВД России заключается в актуальном, эффективном, целевом обучении специалистов как на первоначальном уровне, так и по вопросам профессионального обучения и профессиональной переподготовки. Отметим, что профессиональная подготовка сотрудников полиции должна отвечать повышенным требованиям общества и использовать педагогические ресурсы инновационных методов и приемов работы. Таким образом, выбор тактик и технологий в образовательном процессе ориентирован в сторону наиболее эффективных моделей решения оперативно-служебных задач высококвалифицированными кадрами, являющихся в свою очередь основой успеха всей системы МВД России в целом. В современных условиях перед образовательными учреждениями, профессорско-преподавательским составом, администрацией вузов стоят первоочередные задачи подобрать

качественные педагогические технологии, которые отвечают актуальным потребностям практических ОВД, в процессе обучения формируют культуру сотрудника, его компетентность, помогут сотруднику ориентироваться в повседневной служебной деятельности, а значит достаточно остро стоит задача по разработке, развитию и внедрению учебно-методического обеспечения в образовательный процесс вузов МВД России. Сегодня на смену традиционным подходам приходят новые цифровые технологии. В нашей стране цифровизация позволяет не только сформировать оптимизированные условия для работы всех систем, но и позволяет лично каждому преподавателю, обучающемуся, а также административному вспомогательному персоналу быть вовлеченными в этот сложный трудоемкий процесс передачи знаний и закрепления полученных материалов для дальнейшего применения в работе. От того насколько грамотно и верно будут подобраны соответствующие инструменты, настолько эффективной будет система подготовки, а значит впоследствии дана высокая оценка в целом образовательной деятельности вуза. От выбора методов и формы этой работы, с возможностью трансформации ее в любой момент и будет зависеть успех всей системы образования в МВД России. Даже используя классические лекционные, семинарские, практические занятия, традиционное расписание, мы должны наращивать большой объем практического опыта, который передается в виде набора знаний и умений в очной форме работы наставников, педагогов-кураторов по обучению молодого поколения в лице будущих сотрудников ОВД. От того насколько четко будет передан опыт профессиональной деятельности, вузом осуществлен контроль на всех этапах обучения, организована итоговая аттестация, зависит во многом служебная деятельность сотрудника, получившего образование, его грамотность и патриотизм.

Сайко Д.Ю., Масенко В.В., Сохина В.С., Коценко Ю.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНОМА ПРИ СИНДРОМЕ ТУРЕТТА

Введение. Синдром Туретта – генетически детерминированное заболевание центральной нервной системы, которое относится к группе экстрапирамидных двигательных расстройств и характеризуется генерализованными моторными и сложными вокальными тиками. Генетические мутации, выявленные при данном расстройстве, затрагивают дофаминэргические нейроны полосатого тела, нарушают их взаимодействие с сенсорной корой головного мозга.

Цель. Изучить структурные особенности генома при синдроме Туретта.

Материалы и методы. Аналитический обзор литературных данных из баз OMIM и Pubmed 2017-2020гг.

Результаты. Синдром Туретта принято относить к заболеваниям с аутосомно-доминантным типом наследования. Однако, многочисленные исследования последних лет, выполненные с использованием полногеномного поиска ассоциаций (GWAS), полноэкзомного секвенирования ДНК (WES) и полногеномного секвенирования ДНК (WGS) показали, что данная патология является результатом взаимодействия генетиче-

ских и средовых факторов, т.е. обусловлена многофакторными заболеваниями. На сегодняшний день не выявлены конкретные гены, отвечающие за возникновение тиков при синдроме Туретта. Проведены исследования, демонстрирующие ассоциацию определенных генов с появлением данного расстройства: ген *ASH1L*, точечные мутации которого вызывают тикоподобное и компульсивное поведение; делеция в гене *NRXN1* приводит к повреждению синаптических связей глутаматэргических и ГАМК-эргических синапсов; дупликация в гене *CNTN6* вызывает нарушения в развитии центральной нервной системы.

Выводы. Этиология синдрома Туретта связана с генетическими и внешними факторами, механизм наследования которого до конца не изучен. Для заболевания характерна неполная пенетрантность и варьирующая экспрессивность генов. В связи с этим, изучение структурных особенностей генома, предрасполагающих к развитию синдрома Туретта, позволяет оценить их вклад в этиопатогенез, и разработать терапевтические мероприятия для продления ремиссии

Салоникиди А.И., Сотник Ю.А., Чебалина Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ГРИППЕ А/Н1N1 PDM.09 И КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Во время эпидемии коронавирусной инфекции и преддверии повышения сезонного заболевания респираторными заболеваниями, особенно, гриппом становится актуальной проблема клинических различий между наиболее тяжелыми респираторными инфекциями – гриппом А/Н1N1 pdm.09. и коронавирусной инфекцией COVID-19.

С целью формирования дифференциально диагностических критериев пневмонии, развивающейся как осложнение гриппа А/Н1N1 pdm.09. и коронавирусной инфекции COVID-19, сформированы 2 группы больных. Первую группу составили пациенты, находившиеся на лечении в клинике инфекционных болезней в 2009-10 и 2016 годах; у всех диагноз гриппа подтвержден лабо-

раторно – ПЦР-диагностикой, серологическими исследованиями, экспресс-тестами; пневмония выставлена на основании клинических данных и подтверждена рентгенологическими исследованиями. Во вторую группу вошли пациенты, проходившие лечение в ЦГКБ №1 в мае-июне 2020 года, у всех этих больных диагноз COVID-19 подтвержден выделением возбудителя из зева и/или носа методом ПЦР, пневмония подтверждена при рентгенографии или КТ органов грудной клетки. Смешанной инфекции (грипп и коронавирусная инфекция) быть не могло, поскольку в 2009-10 и 2016 годах не было вспышки COVID-19, а весна-лето 2020 года не соответствуют эпидемиологическим срокам гриппа, более того все больные лабораторно обследованы на грипп с от-

рицательным результатом. Больные обеих групп переносили среднетяжелое течение, прошли полный курс лечения в условиях стационара и выписаны с клиническим и рентгенологическим (а в случае COVID-19 и лабораторным) выздоровлением. В условиях отделения интенсивной терапии лечилось 4 больных (7,5%) гриппом и 7 больных (11,3%) коронавирусной инфекцией; сроки пребывания в отделении интенсивной терапии не превышали 2 суток у больных обеих групп, кислородная поддержка проводилась не более 1 суток.

Выявлены следующие различия. Большая часть больных пневмонией как осложнение гриппа имела острое начало заболевания с выраженной интоксикации и высокой температуры (51 пациент, или 96,2%). При пневмонии коронавирусной этиологии «гриппоподобное» начало отмечено лишь у 10 больных (16,1%). Соответственно сроки обращения за медицинской помощью более ранние при гриппозной пневмонии. При пневмонии, обусловленной корона-

вирусом, симптомы пневмонии у большинство появлялись к $7,2 \pm 1,8$ дню болезни, в то время как при гриппе заподозрить пневмонию можно было в более ранние сроки ($4,3 \pm 1,3$ день болезни). Симптомы интоксикации, характерные для гриппа, редко встречались при коронавирусной инфекции, вместе с тем при последней чаще отмечались диспепсические расстройства, у 19,4% выявлены нарушение (отсутствие или инверсия) обоняния и вкуса. Различен характер температурной кривой. При гриппе после 3-5 дней лихорадки, температура нормализовалась и оставалась нормальной. При коронавирусной пневмонии высокая температура была только у 21,0% пациентов, после чего у части больных сохранялась длительно (до 7-10 дней) субфебрильная температура, а у части больных после периода апирексии вновь повышалась до высоких субфебрильных цифр. Сроки пребывания в стационаре при гриппозной пневмонии составили $10,9 \pm 2,3$ дня, при ковидной пневмонии – $22,0 \pm 4,3$ дня.

Самисько В.Э., Сохина В.С., Масенко В.В., Женжеруха Д.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ТИПИЧНЫЕ АТРОФИИ ПРИ МИОПАТИЯХ И ИХ ОТЛИЧИЯ ОТ НЕВРАЛЬНЫХ АМИОТРОФИЙ

Введение. Выделение важной и интересной группы наследственных болезней связано с именем Эрба. Это – группа миопатических прогрессирующих атрофий неврогенного происхождения, связанных с поражением периферического двигательного нерва.

Цель. Изучение типичной атрофии мышц при миопатиях. Выявление отличий амиотрофий при миопатиях и невральных амиотрофий.

Материалы и методы. Обзор и анализ современных отечественных и зарубежных литературных источников.

Результаты. При всех формах миопатии атрофии начинаются в детском или юношеском возрасте и развиваются постепенно, оставаясь долгое время незамеченными. Больной приспосабливается к болезни, используя мало пострадавшие мышцы. Было обнаружено, что атрофии распределяются обычно симметрично. Чаще значительно атрофированными оказываются следующие мышцы: *musculi pectorales maior et minor*, *trapezius*, *latissimus dorsi*, *rhomboideus*, *supraspinatus*, *serratus anticus maior*. Мышцы проксимальных отделов конечностей: *biceps*,

brachialis internus, *triceps*. На лице атрофируются мышцы, расположенные вокруг рта, мышцы подбородка. Атрофия одних мышечных групп нередко сочетается с гипертрофией других. Характерно резкое несоответствие между хорошо сохранившимися мышцами предплечья и кисти, с одной стороны, и глубоко атрофированными мышцами, с другой стороны. На ногах контраст между атрофированными мышцами бедра и тазового пояса и гипертрофированными икроножными мышцами еще ярче. В то время, как при невральной форме прогрессивной мышечной атрофии было обнаружено, что часто имеет место деформация стоп. Стопа принимает форму, напоминающую фридрейхову стопу, мускулатура бедер практически не страдает, или похудание ограничивается только нижней третью бедра.

Выводы. Установлено главное отличие миопатий от всех невральных миопатических амиотрофий, оно заключается в том, что атрофии поражают преимущественно мышцы туловища, плечевого и тазового пояса и проксимальных сегментов конечностей.

Седаков И. Е., Бутенко Е. Ю., Садрицкая Я. В., Рогалев А. В., Смирнов В. Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ РЕГИОНАРНОЙ И СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность

Гастроинтестинальная токсичность является если и не самой опасной, то наиболее часто встречающимся и субъективно наиболее тягостным проявлением токсического действия цитостатиков. Выраженная токсичность может приводить к редуцированию доз химиопрепаратов и потере эффективности лечения.

Цель

Оценить гастроинтестинальную токсичность регионарной и системной химиотерапии метастатического плеврита при раке молочной железы. Материалы и методы

В исследование вошли 146 пациенток, прошедших лечение в РОЦ им. Г. В. Бондаря 1995-2010г. Рак молочной железы верифицирован иммуногистохимическим (ИГХИ), гистологическим и цитологическим исследованиями, метастатический плеврит подтвержден цитологически. Сформировано 2 группы: исследуемая группа – пациентки, получающие регионарную химиотерапию (ХТ) методом селективной доставки химиопрепаратов в бассейн внутренней грудной артерии в сочетании с внутривенной ХТ (n=61), контрольная группа – пациентки, получающие системную внутривенную ХТ в сочетании с плевродезом (n=85). Оценка токсичности химиотерапии проводилась с помощью шкалы

по критериям NCI CTC (National Cancer Institute Common toxicity Criteria). На момент начала химиотерапии пациентки имели общий функциональный статус по ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) 0-2, у всех пациенток были удовлетворительные показатели крови и отсутствовали декомпенсированные хронические заболевания.

Результаты Гастроинтестинальная токсичность в исследуемой группе составила 13,1±4,3%, включая, ухудшение аппетита I степени (3,3%) тошноту I степени (4,9%), отсроченную рвоту I степени (4,9%), в контрольной группе гастроинтестинальная токсичность составила 23,5±4,6%, включая тошноту I-II степени (10,6%), ухудшение аппетита I степени (4,7%), стоматит I-II степени (3,5), гастрит I степени (2,4%), нарушение вкуса II степени (2,4%).

Выводы Несмотря на то, что спектр токсичности определяет группа химиопрепаратов и их сочетание в схеме, нами было показано, что степень выраженности химиотоксического эффекта зависит и от пути введения. Метод селективной доставки химиопрепаратов в бассейн внутренней грудной артерии позволяет снизить частоту и степень гастроинтестинальной токсичности, что позволяет повысить приверженность пациента к лечению.

Седаков И. Е., Богданов Б. А., Рогалев А. В., Фролков В. В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНАЯ МОДУЛЯЦИЯ КАК ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ

Введение. Мезодиэнцефальная модуляция – методика, при которой используются электрические сигналы с запрограммированными характеристиками, нормализующие работу нейроэндокринных центров управления адаптационной системой организма в мезодиэнцефальной области головного мозга (В. А. Карев). Согласно данным проф. Ю. А. Барсукова (2005г.) по результатам испытания прибора МДМ-терапии у больных раком толстой кишки, желудка, лёг-

ких методика признана наиболее обоснованной в комплексном лечении послеоперационных ран, свищей, с целью улучшения репаративных процессов, раннего восстановления послеоперационных парезов желудочно-кишечного тракта, мочеиспускания.

Цель. Объективизация эффективности методики МДМ-терапии у онкобольных, в качестве терапии сопровождения, с помощью определения вариабельности сердечного ритма.

Материалы и методы. Обследованы и получили лечение 12 пациентов Республиканского онкологического центра им.проф.Г.В.Бондаря, из которых 11 с злокачественными новообразованиями, в возрасте от 44 до 67 лет (в среднем 55.08 лет), мужчин – 5, женщин – 7. МДМ-терапия проведена с применением аппарата Магнот-ДКС (г.Екатеринбург). Регистрация ритмограммы проводилась комплексом «CardioLab+», в течение 10 минут, до и после курса МДМ-терапии. Определялись типы вегетативной регуляции по методике Н.И.Шлык (2009), а также средние значения VLF и SI, регистрировались данные физического осмотра и лабораторные показатели.

Результаты и обсуждение. Клинически отмечалось уменьшение выраженности аритмии, нормализация артериального давления, улучшение репаративных процессов в послеоперационной ране, уменьшение болевого и интоксикационного синдромов, нормализация показателей гликемии. Исходно неоптимальный, II тип вегетативной регуляции (VLF < 240мс², SI >100у.е.) выявлен у 9 пациентов (75%). После лечения в

этой группе у одного пациента получена положительная динамика по данным ЭЭГ, у остальных пациентов при повторной регистрации ритмограммы II тип вегетативной регуляции выявлен у 4 из 8 (50), при этом средние показатели VLF составили до лечения 146.5, после лечения – 187.1мс², SI до лечения – 395, 87, после лечения – 188,62 у.е.

Выводы. 1.Методика мезодизэнцефальной модуляции демонстрирует высокую эффективность в отношении уменьшения выраженности энергодефицитного состояния, что находит своё отражение в повышении спектрального показателя VLF (Very Low Frequency), характеризующего медленные гуморально-метаболические влияния, а также в снижении стрессового индекса (SI). 2. Клинически проведение цикла МДМ-терапии в количестве 10 сеансов длительностью по 30мин., с применением лобно-затылочной методики позволяет оптимизировать процесс реабилитации онкобольных на этапах проведения специального лечения.

Седаков И.Е., Богданов Б.А., Смирнов В.Н., Бутенко Е.В., Болобан Г.В., Рашиевская А.А., Тарасов А.А., Мищенко И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский онкологический центр им.проф.Г.В.Бондаря, г.Донецк

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность: По данным ESMO удельный вес местно-распространенных форм рака молочной железы в странах Европейского Союза составляет от 8 до 19% (Билинский Б.Т.,2009; Aas T. Et al 2003). По уточненным данным канцер-регистра за 2019г. заболеваемость раком молочной железы в ДНР составила 75.5 случаев на 100000 женского населения при этом удельный вес женщин с III-IV стадией заболевания составляет свыше 42.5%. Местно-распространенная форма рака молочной железы считается прогностически неблагоприятной и только применение современных схем химиотерапии в клинической практике, в том числе внутриартериальное введение химиопрепаратов, позволило улучшить результаты лечения. Особую актуальность приобретает разработка новых методов профилактики и лечения осложнений селективной внутриартериальной полихимиотерапии (СВПХТ), что существенно улучшает качество жизни и уменьшает риск осложнений.

Цель: Повысить эффективность лечения

местно-распространенного рака молочной железы путем профилактики осложнений СВПХТ .

Материалы и методы: За период с 2014г. по 2019г. в РОЦ им.проф. Г.В.Бондаря 408 больным раком молочной железы в стадиях T3-4N0-3 M0-1 в возрасте от 25 до 84 лет выполнялись катетеризации внутренней грудной артерии через верхнюю надчревную по разработанной в клинике методике. Все пациентки получили внутриартериальную полихимиотерапию по схеме CMF, CAMF. Из 408 случаев 1курс ПХТ получило 327 пациенток (80%), 2 курса-53 пациентки (13%), 3 курса-24 пациентки (6%), 4 курса получило всего 4 пациентки (1%).

Мерами профилактики осложнений при проведении СВПХТ были:

1.Промывание катетера каждые 3часа раствором, содержащим 0.2мл гепарина и 2мл физиологического раствора.

2.Внутриартериальное введение антибиотиков (цефтриаксон, метрогил, гентамицин).

3.Сроки начала введения СВПХТ -1-2 день с

момента установления катетера.

4. Разведение химиопрепарата не менее в 20мл растворителя с добавлением 1мл дексаметазона и 1мл-2%-гепарина.

5. Время введения химиопрепарата составило не менее 4-6 часов.

6. Длительность цикла составило не менее 9 дней.

7. Контроль показателей крови осуществлялся каждый 3-4 день.

Осложнения после проведения селективной внутриартериальной ПХТ наблюдались у 29 (7.1%) женщин. Общая лекарственная токсичность I-II ст., наблюдалась у 14 женщин, что составило 49% от всех осложнений. Локаль-

ная токсичность (сухой эпидермит, язвенно-некротический дерматит у 6 пациенток (22%), асептический медиастинит-1пациентки (3%). Болевой синдром наблюдался у 9 пациенток (26%). Летальный исход наблюдался всего у 3х пациенток вследствие ТЭЛА в отдаленный период- осложнение, не связанное с проведением СВПХТ. Выживаемость в данной группе составила 76.0%.

Выводы. Разработка и внедрение мер профилактики осложнений СВПХТ способствуют успешной реализации запланированного курса лечения, повышению эффективности лечения местно-распространенного рака молочной железы по сравнению с системной химиотерапией.

Седаков И.Е., Никулин М.П., Дмуховская Е.А., Шевцов А.А., Заика А.Н., Аль Баргути Р.А

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, г.Донецк

ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, г.Москва

СТАТИСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА: МИРОВЫЕ ТРЕНДЫ

Цель. Изучить мировую статистику рака желудка.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные мировой литературы и статистики

Результаты. По данным обзора мировой литературы отмечено снижение заболеваемости и смертности от рака желудка (РЖ) во многих странах. Смертность в России снизилась в 5 раз по сравнению с 1965 г., что связано с уменьшением заболеваемости (Д.Г. Заридзе, 2018 г.). По данным Американского онкологического общества, заболеваемость в США с 1935 г. снизилась в 7 раз (Веб-сайт American Cancer Society). В Великобритании заболеваемость снизилась за последнее десятилетие в 2 раза, а смертность на 30% (Веб-сайт Cancer Research UK). В Донецкой Народной Республике, показатели заболеваемости так же имеют тенденцию к снижению. В 2018 году выявлено 1033701 случай или 6,1% от общего числа заболеваний, что делает РЖ пятым по частоте среди злокачественных новообразований в мире (Веб-сайт globocan.iarc.fr). Большинство случаев заболеваний 70% (677 000 случаев) приходится на развивающиеся страны (456 000 у мужчин, 221 000 у женщин), а именно на регион Восточной Азии. Несмотря на снижение заболеваемости, смертность от рака желуд-

ка остается очень высокой. РЖ является третьей по значимости причиной смерти от рака во всем мире (783000 смертей, 8,2% от общего числа в 2018 г.). Самая высокая смертность отмечена в Восточной Азии (15,9 на 100000, в мире 8,2 на 100000), самый низкий показатель в Северной Америке (3.1 на 100000) (Веб-сайт globocan.iarc.fr).

Заключение. Несмотря на улучшения в лечении РЖ, и снижение заболеваемости во всем мире, смертность от этой патологии остается очень высокой. Снижение заболеваемости можно объяснить изменением характера питания, качеством употребляемых продуктов, внедрением скрининга и усовершенствованных эндоскопических методов исследования, улучшивших раннюю диагностику рака и предраковых заболеваний. В связи с этим нужно стремиться не только к совершенствованию лечения, но и к профилактике РЖ, которая должна быть сосредоточена на контроле H. pylori инфекции, пропаганде здорового питания, а также экономически эффективных программ раннего выявления. Ярким примером может послужить японский опыт, показавший, что наличие скрининга для раннего выявления в зонах высокого риска приводит к снижению смертности от РЖ и самому высокому показателю 5-ти летней выживаемости.

Седаков И.Е., Колычева О.В., Мотрий А.В., Резниченко Л.П.

РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря МЗ ДНР, ул. Полоцкая 2а г. Донецк, ДНР 283092
 ГОО ВПО «ДОНМУ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО» пр. Ильича, 16, г. Донецк, ДНР 283003

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

Актуальность.

Рак яичников является шестым наиболее распространенным раком у женщин. Пятилетняя выживаемость при III стадии составляет около 39%, при IV стадии – 18.1%. В Донецкой Народной Республике, по данным канцер-регистра 2017 года, рак яичников занимает 7 место в структуре заболеваемости раком женщин и составляет 4,6%. Существует острая необходимость в разработке новых терапевтических стратегий для первичного и рецидивирующего заболевания, а также для поддерживающего гормонального лечения.

Цель работы. Проанализировать эффективность поддерживающей терапии ингибиторами ароматазы (в данном случае, летрозолола) с целью изучения факторов клинического исхода.

Материалы и методы. Исследовано 50 пациенток, проходивших лечение в РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря с 2013 по 2017гг. с диагнозом эпителиальный рак яичников FIGO III-IV стадии, после первичной или интервальной циторедукции и окончания 1-й линии химиотерапии. Общее состояние больных по шкале ECOG-ВОЗ по начала химиотерапии преимущественно составляло 0-1. Пациентки были поделены на две группы: исследуемая группа - 23 пациентки, получавшие ежедневное поддерживающее лечение летрозолом 2.5 мг в сутки внутрь, и группа динамического наблюдения из 27 пациенток, которые не получали поддерживающего лечения (критерий распределения Шапиро-Уилка). Возраст пациентов варьировался в диапазоне от 65 до 80 лет (средний возраст 72,5 года). Группы летрозолола состояла из 60% стадии FIGO III и 40% стадии FIGO IV по сравнению с 75% стадии FIGO III и 25% стадии FIGO IV в нелетрозольной группе соответственно. Обе группы были также сопоставимы по остаточному заболеванию (R0 у 58%) Наиболее часто встречалась серозная

аденокарцинома высокой степени злокачественности: 82,6% (19 пациенток) и 87,1% (23 пациентки) соответственно. Пациентки принимали летрозол как минимум в течение трех последних месяцев. Медиана числа 1-й линии ХТ составила 6 курсов (6-8). Был оценен интервал между окончанием адьювантной химиотерапии и временем до следующего лечения в корреляции с/ без применения летрозолола.

Результаты. В результате среднего периода наблюдения, равного 14 месяцам, безрецидивный интервал составлял от 4 до 63 месяцев ($p=0,035$). Использование летрозолола в качестве поддерживающей терапии после адьювантной химиотерапии было связано со более значительным длительным безрецидивным интервалом. Через 24 месяца у 60% пациентов не наблюдалось рецидивов в исследуемой группе против 38,5% в группе наблюдения. Во время терапии летрозолом серьезных побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы. Медиана безрецидивной выживаемости пациентов составила 30 месяцев в исследуемой группе и 12 месяцев в контрольной группе ($p<0,05$). Наши результаты демонстрируют, что гормональная терапия летрозолом является допустимым вариантом лечения для пациентов с раком яичников и может использоваться в поддерживающей терапии с целью стабилизации заболевания. Такой подход имеет веское обоснование, и необходимо проводить дальнейшие исследования в этой области. Речь идет только о тенденции использования летрозолола. На отдаленные результаты повлиял тот факт, что многие пациентки на момент анализа достигли 70-80 лет. Многие из пациенток имели повышенный риск смерти вне зависимости от предшествующего рака яичников за счет полиморбидных патологий.

Седаков И.Е.¹, Чузуй Е.В.², Пивоваров Н.Н.³

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Томск

³Республиканский онкологический центр им. профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ

Цель работы. Оценить эффективность использования криометодов в локальной терапии наружных быстрорастущих опухолей, не подлежащих оперативному удалению.

Материалы и методы. На базе Республиканский онкологический центр им. профессора Г.В. Бондаря (Донецк) группой специалистов наблюдалась пациентка Б., 1947 г.р., с диагнозом: Беспигментная меланобластома кожи правой кисти TхNхM0 BRAF WT, C-KIT WT, состояние после оперативного лечения в 2012 году (продолжение болезни), метастазы в мягкие ткани правого предплечья и подмышечные лимфоузлы справа, состояние после лучевой терапии, оперативного лечения, 3-х курсов полихимиотерапии по схеме CVD в 2014 году (продолжение болезни), метастазы в мягкие ткани предплечья справа, лёгкие, лимфоузлы средостения, состояние после иммунотерапии (Опдиво 4 ведения), стабилизации процесса, состояние после 6 курсов ПХИ + Бевацизумаб, продолжение болезни, МТС в мягкие ткани предплечья справа, с/п курсов иммунотерапии (5 введений Кейтруда).

Несмотря на всю проведенную комплексную терапию, у пациентки имела место отрицательная динамика за счёт увеличения размеров и количества очагов в средостении, легких, подкожных образований плеча и предплечья, Особенно беспокоило наличие подкожных мягкотканых образований плеча неправильной формы с изъязвлением и распадом, периодические диффузные кровотечения и зловоние из них. Пациентка с высшим образованием старалась вести активный образ жизни (работала, читала лекции). Но при этом отмечала выраженное угнетение психологического статуса из-за наличия описанных проблем.

Результаты. После обсуждения на клиническом разборе, предложено: проведение иммунотерапии (Ниволумаб 100 мг) и циторедуктивное удаление образований плеча и предплечья с пластикой свободным лоскутом. Однако, учитывая генерализацию процесса и выраженную отрицательную динамику после последнего оперативного удаления единичного подкожного метастаза (бурную прогрессию и генерализацию процесса), пациентка временно отказывается от хирургического лечения.

Как альтернативный метод была предложена криодеструкция подкожных образований плеча в местах изъязвления и распада. Проведено несколько этапов криовоздействия, которое выполнялось стационарным аппаратом Криотон и аппликаторами из пористого никелида титана одновременно для ускорения скорости заморозки. После деструктивного воздействия, на фоне процесса отогрева естественным путём, выполнялось удаление экзофитного компонента. Для предотвращения кровотечения из образовавшихся ран проводилась 2-3-х дневная тампонада тканей марлевыми салфетками с перекисью водорода. Во время перевязок проводилась санация ран при помощи обычного туалетного мыла и воды, обработка бриллиантовой зеленью с целью прекращения сецернции и формирования корочек. После нескольких перевязок переходили на обработку очищающихся раневых поверхностей йодом, который способствовал краевой эпителизации под йодной коркой.

В отличие от обычного оперативного лечения циторедуктивного удаления быстрорастущих и распадающихся со зловонием опухолевых тканей, криохирургический способ не вызвал их бурную прогрессию. Напротив, было отмечено уменьшение общего объема патологических тканей плеча и предплечья, уменьшение отека и зловония, значительное увеличение объема движений в локтевом суставе. Удалось добиться значительного улучшения качества жизни пациентки за счет снижения массивной сецернции и уменьшения зловония в виде «запаха гнилого мяса».

Выводы. Применение криотехнологий для комплексной паллиативной помощи при распадающихся наружных опухолях мягких тканей (на фоне ниволумаба) позволяет решить важную задачу адаптации к жизни неоперабельных пациентов. В ситуациях, когда оперативное лечение является причиной бурного метастазирования и повышения активности процесса, замораживание замедляет появления очередного локального рецидива и позволяет избежать возможных последствий хирургического лечения.

Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Окунь О.С., Климов З.Т., Андреева А.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОРАЖЕНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТАХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Тонзиллярная проблема не теряет своей актуальности с течением времени. Это связано с широкой распространенностью данной патологии и ее высокой социальной значимостью. В практической оториноларингологии основное внимание уделяется хроническим тонзиллитам. Однако старт развития метатонзиллярных осложнений приходится на стадию острого тонзиллита. Наибольшая частота острых тонзиллитов наблюдается в детском возрасте.

Острые тонзиллиты бактериальной этиологии являются общим инфекционно-аллергическим заболеванием с преимущественным поражением небных миндалин. На системном уровне происходит поражение соединительной ткани.

Целью исследования было определение степени повреждения соединительной ткани при острых тонзиллитах бактериальной этиологии по данным суточной экскреции свободного/связанного оксипролина с мочой.

Методы исследования. В исследовании изложены результаты проспективного исследования 102 детей в возрасте от 6 до 15 лет с первичными острыми тонзиллитами бактериальной этиологии. Соотношение мальчиков и девочек 54 (52,9%) и 48 (47,1%) соответственно. Исследования проводились на базе инфекционных и оториноларингологических клиник Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького с 2010 по 2019 гг. В качестве маркера повреждения соединительной ткани при острых тонзиллитах у детей нами выбран уровень экскреции свободного и связанного оксипролина с мочой, как менее инвазивное (что немаловажно в педиатрии) и наиболее простое в исполнении исследование. Исследование прово-

дили по модифицированной методике определения свободного и связанного оксипролина мочи по П.Н. Шараеву с использованием спектрофотометра «2000-02»

Результаты. Наиболее выраженное повреждение соединительной ткани выявляется при стрептококковой этиологии (β -гемолитический стрептококк группы А, БГСА). Меньшее повреждение соединительной ткани приходится на золотистый стафилококк и другие виды стрептококков или их комбинации. У пациентов с БГСА-опосредованными острыми тонзиллитами повреждение соединительной ткани носит более длительный характер, что может быть связано с факторами патогенности данного микроорганизма (стрептокиназа, гиалуронидаза и пр.), которые непосредственно приводят к выраженному разрушению матрикса соединительной ткани и последующему запуску иммунопатогенных механизмов.

Выводы

1. Поражение соединительной ткани определяемое по повышению уровня экскреции различных фракций оксипролина является маркером системного процесса при острых бактериальных тонзиллитах

2. Наиболее выраженное и стойкое повреждение соединительной ткани выявлено при БГСА-ассоциированных острых тонзиллитах.

3. Длительное повышение показателей экскреции оксипролина с мочой является неблагоприятным прогностическим признаком развития ревматоидного процесса.

4. Длительность антибиотикотерапии при острых тонзиллитах должна быть не менее 14 дней

Селезнев К.Г., Андреев П.В., Климов З.Т., Долженко С.А., Окунь О.С., Андреева А.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Проблема тубарной дисфункции и связанной с ней патологии среднего уха у детей является актуальной и социально важной. Этому способствует как распространенность данной патоло-

гии у детей, так и важное влияние на возможность развития стойкого снижения слуха.

Течение экссудативного отита у детей часто бессимптомное, или протекает под масками дру-

гих заболеваний (в частности рецидивирующего среднего отита), что приводит к поздней диагностике. В настоящий момент наиболее используемыми является акуметрия, камертональные тесты, тональная пороговая аудиометрия (ТПА), акустическая импедансометрия (тимпанометрия -ТМ). Каждый из методов имеет свои преимущества и недостатки. Рутинные методы – акуметрия, камертональные тесты, не требуют сложной аппаратуры и могут быть осуществлены на поликлиническом приеме врачами оториноларингологами. ТПА и ТМ требуют соответствующего оборудования и обученных кадров.

Целью исследования: оценить эффективность различных методов исследования слуха в диагностике и контроле течения экссудативного среднего отита.

Материалы и методы: в работе приведены результаты исследования слуховой функции 1052 ребенка в возрасте от 2 до 11 лет, находившихся на лечении в детских лор- клиниках г. Донецка с 2010 по 2020 год. Всем пациентам проводились вышеописанные методы исследования. Оценивали возможность их проведения в разных возрастных группах, чувствительность и специфичность метода.

Результаты. В младшей возрастной группе (до 4 лет -327 ребенка) адекватно выполнить акуметрию удалось в 34,8%, камертональные тесты – в 12,8%, ТПА в 28,1%. а ТМ в 95,1% случаев. В возрасте от 4 до 7 лет процент адекватно выполненных исследований увеличился и составил соответственно: акуметрия -62,3%, камертональные тесты – 50,8%, ТПА – 46,2%, ТМ – 99,6%. В старшей возрастной группе во всех

случаях удалось выполнить рутинной аудиологическое исследование.

Из всех методов только тимпанометрия продемонстрировала удовлетворительные показатели чувствительности и специфичности во всех возрастных группах. Определенные сложности возникали в ранней возрастной группе в связи с эмоциональной реакцией ребенка на проводимое исследование. Однако после предварительной подготовки ребенка в домашних условиях (использование наушников) сложности исчезали.

Таким образом в ранней возрастной группе основным диагностическим критерием постановки диагноза является тимпанометрия, возможности же субъективной диагностики на поликлиническом этапе минимальны. В старших возрастных группах возможности поликлинической диагностики повышаются, что позволяет проводить первичную сортировку больных на данном этапе оказания медицинской помощи.

Выводы.

1. Пациенты младшей возрастной группы нуждаются в направлении на тимпанометрию при малейшем подозрении на наличие проблем со слухом, а также в случае угрожающих по развитию тубарной дисфункции заболеваниям.

2. При негативной реакции ребенка необходимо отложить исследование на 1-2 недели и провести обучение родителей.

3. Пациенты старших возрастных групп требуют проведения предварительной сортировки с использованием рутинных аудиологических методов.

Селезнев К.Г. , Климов З.Т. , Долженко С.А. , Андреев П.В., Окунь О.С., Кузьменко Е.Я.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ, ПРОФУЗНЫЕ НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РЕШЕТЧАТЫХ АРТЕРИЙ

Наибольшие трудности представляет лечение пациентов с посттравматическими носовыми кровотечениями (НК) из задних отделов полости носа, которые составляют от 5% до 25% всех НК (Н.В. Бойко, 1999). Одним из возможных источников таких НК могут быть артерии решетчатой кости. Для остановки этих кровотечений применяется перевязка передней и задней решетчатых артерий наружным доступом по Киллиану, широкое вскрытие клеток решетчатого лабиринта наружным подходом или трансантрально с последующей тугой тампонадой этой области (М.

А. Шустер и др., 1989, Ю. В. Митин и др., 1995).

Целью работы является разработка эффективного метода остановки посттравматических профузных НК из решетчатых артерий.

Материалы и методы. В клинике ЛОР – больницы ДоКТМО с 2018 по 2020 годы наблюдалось 18 пациентов с посттравматическими рецидивирующими, профузными НК из решетчатых артерий. Причиной НК у 15 (83,3%) пациентов была черепно-мозговая травма, в 3 (16,7%) случаях выявить причину НК не удалось. У 12 (66,7%) пациентов хирургическое вмешатель-

ство выполнено в первые сутки. В 6 (33,3%) случаях вначале произведена смена передних и задних тампонов, стабилизированы показатели гемодинамики, а затем на 2-3 сутки выполнена операция. У всех пациентов выполнено хирургическое вмешательство по разработанной нами методике – окклюзия просвета решетчатых артерий за счет локальной компрессии клеток решетчатого.

Методика хирургического вмешательства такова. После уточнения источника кровотечения выполняем медиализацию средней носовой раковины. В случае обнаружения кровотечения из артерий решетчатой кости, распатором в этом месте сминаем клетки решетчатого лабиринта и разрушаем их. При этом движение распатором производим сверху, латерально и кзади от функционально важных образований полулунной щели – соустьев лобной и верхнечелюстной пазух. Полной окклюзии просвета кровотока достигаем за счет стойкой механической компрессии разрушенными, спрессованными клетками решетчатого лабиринта.

Полученные результаты и их обсуждение. После остановки НК по предложенному нами

методу кровотечение прекратилось у 15 (83,3%) больных, средняя продолжительность их пребывания в клинике составила 7 дней. Рецидив НК отмечен у 3 (16,7%) пациентов. В одном случае повторное незначительное кровотечение возникло из решетчатой артерии на 5 сутки после операции в результате того, что туалет послеоперационной полости выполняли тщательно. В двух случаях НК носили менее интенсивный характер. При эндориноскопии были выявлены дополнительные источники, кровоточащие пульсирующие сосуды – ветви восходящей крылонебной артерии. Под контролем эндоскопа в этих случаях произведена диатермия кровоточащего сосуда – кровотечение остановлено. Таким образом, предложенный нами метод остановки НК из решетчатых артерий является довольно эффективным.

Выводы. Предложенный нами эндоскопический эндоназальный метод остановки НК из решетчатых артерий является малоинвазивным вмешательством, он достаточно эффективен и может быть рекомендован для использования в клинической практике.

Селиванова Е.С., Чевычелов Г.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОМАТОТИПИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Человеческое тело различается по размеру в зависимости от многих факторов: гендерной принадлежности, возраста, этнического происхождения, уровня физической активности, образа жизни и может быть описано на основе его размеров (длины тела, массы, антропометрических размеров). Эти различия могут также относиться к уровням асимметрии морфологических признаков. Наиболее эффективным способом оценки конституциональных особенностей человека является соматотипирование, которое обладает универсальностью и точностью.

Описание соматотипа представляет метод, чтобы оценить и классифицировать общую форму тела на основе трех компонентов: эндоморфии (относительно пикнический типа телосложения), мезоморфии (мышечный), и эктоморфия (линейные размеры). Состав тела человека основывается именно на этих трех компонентах. В зависимости от преобладания того или иного компонента выделяют «промежуточный» или «чистый» тип соматотипа. Крайне редко встречаются сбалансированные соматотипы в свя-

зи с тем, что максимальное преобладание того или иного компонента не бывает выраженным в одном организме, который рассматривают как индивидуальную анатомическую норму.

Методика соматотипирования основывается на измерении антропометрических параметров человека. Чаще всего измеряют толщину кожно-жировой складки на груди, спине, под лопаткой, на плече спереди и сзади, на предплечье и на кисти. Измерения проводят стандартно на правой половине туловища. Также измеряют обхватные размеры. Обязательным является измерение обхвата грудной клетки на вдохе и на выдохе с фиксацией разницы, обхвата плеча в напряженном состоянии, предплечья, бедер, голени. Для расчета соматотипа необходимо иметь параметры поперечных диаметров дистальных эпифизов – плеча, предплечья, бедра, голени.

После того как получены антропометрические данные рассчитывают соматотип по универсальной формуле, разработанной Шелдоном и модифицированной Хит-Картером. Каждый соматотип кодируется буквенной аббревиатурой

и в зависимости от того сколько баллов по шкале занимает отмечается на соматокарте.

Соматотип практически не изменяется на

протяжении жизни и является выражением и показателем конституциональных особенностей человека.

Семглазов А.В.¹, Зиновьев Е.В.¹, Орлова О.В.¹, Крылов П.К.¹, Селиванов П.А.²

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

²ФГБУ «ВЦЭРМ имени А.М. Никифорова» МЧС России

ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА КАК КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ

Свободная аутодермопластика основной вариант восстановления целостности утраченного в результате воздействия ожогового фактора кожного покрова. В настоящее время определен широкий спектр клинических признаков и лабораторных показателей, вариантов инструментальной диагностики, позволяющих с той или иной степенью достоверности и доказательности определить степень готовности раны к проведению аутотрансплантации. Однако значимая часть разработанных критериев остается методами с низкой воспроизводимостью и специфичностью и, соответственно, их широкое внедрение в клиническую практику нецелесообразно. Особое значение правильный выбор момента трансплантации и определения верной стратегии хирургического лечения приобретает в процессе лечения пострадавших с обширными глубокими ожогами. Каждый негативный результат свободной пластики резко снижает вероятность благоприятного исхода. Учитывая важнейшую роль иммунного статуса пациента в процессе адаптации трансплантатов, представляется актуальной задачей поиск предикторов вероятного отрицательного результата повторных пластик, информативных при оценке в момент поступления пациентов в стационар.

В данное проспективное исследование включены 52 пострадавших с глубокими ожогами. Оценка клеточного звена иммунной системы проводилась методом проточной цитометрии (Navios, Beckman Coulter). Исследовали субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови пострадавших, в том числе включавший относительное и абсолютное количество естественных киллеров и их субпопуляции. У пациентов проводилось взятие периферической крови при поступлении, за 2-3 часа до операции и на 3-5 день после операции.

Предварительный анализ результатов позволяет констатировать у пациентов с негативным исходом пластики при поступлении значительное увеличение относительного количества Т-лимфоцитов за счет клеток-эффекторов (до $41,0 \pm 7,9$) при одновременном снижении популяций В- и NK-лимфоцитов, хотя изменение последних поименованных популяций было в пределах референтного интервала. Требуется проведение дальнейшего исследования с целью определения оптимальной стратегии хирургического лечения в зависимости от показателей клеточного иммунитета.

Сенченко Н.Г., Безкаравайный Б.А., Блох С.Н.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ

В гастроэнтерологическом отделении Луганской республиканской детской клинической больницы с 2017 по 2019 год находилось с целью диагностики и лечения 139 больных с различными заболеваниями кишечника. С целью диффдиагностики к этой группе больных был применён алгоритм диагностики целиакии, приведённый в Клинических рекомендациях Со-

юза педиатров России, утверждённых в 2016 г. Диагностика проводилась в 3 этапа. На I этапе выявлялись клинические признаки целиакии: диарея, мальабсорбция, снижение массы тела. Проводились общеклинические методы исследования: в клиническом анализе крови выявлялись анемия, лейкоцитоз или лейкопения, ретикулоцитоз, тромбоцитопения, ускорение СОЭ;

в биохимическом анализе крови – гипо- и диспротеинемия, гипоальбуминемия, низкий уровень холестерина, общих липидов, фосфолипидов и β -липопротеидов, повышение содержания свободных жирных кислот, повышение уровня АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы, трипсина и липазы, снижение уровня ингибитора трипсина, гипокальциемия, гиповитаминозы; в копрограмме – стеаторея II типа; в пробе с D-ксилозой – снижение показателей; дисбактериоз кишечника. На II этапе проводилась серологическая диагностика. Она включала в себя стандартные тесты: определение антител (IgA/IgG) к глиадину (АГА), антител к тканевой трансглутаминазе (ТТГ), эндомизиальных антител (ЭМА), антиретикулиновых антител (АРА). При необходимости проводился дополнительный тест: определение антител к дезаминированным пептидам глиадина (ДПГ). Оценка результатов проводилась следующим образом: IgA⁺⁺, IgG⁺⁺ – высокая вероятность целиакии; IgA⁺, IgG⁺⁺ – целиакия возможна; IgA⁺, IgG⁺ – целиакия не исключена; IgA⁻, IgG⁻ – целиакия полностью исключена. Если все стандартные тесты были отрицательными, диагноз «целиакия» расценивался как сомнительный, назначался нормальный режим питания, дальнейшее периодическое обследование и наблюдение 1 раз в год. Если все стандартные тесты были положительными, диагноз «целиакия» расценивался как вероятный. После этого, по согласованию с родственниками больного и с учётом возраста и состояния пациента, избирался один из следующих путей диагностического поиска. I путь – «пробное» лечение согласно протокола на 1 год; если не было эффекта – назначалось повторное обследование (возможно, с пищевой провокацией), если был эффект – диагноз целиакии подтверждался. Клинический

эффект аглютиновой диеты начинал выявляться через 6-8 сут., достоверная эффективность проявлялась через 1-1,5 месяца от начала применения. II путь заключался в переходе на III этап диагностики с биопсией слизистой оболочки (СО) тонкой кишки. Если по результатам биопсии СО была гладкая – диагноз целиакии подтверждался, если рельеф СО был нормальным – случай расценивался как возможная латентная целиакия, назначалось «пробное» лечение согласно протокола на 1 год. При положительном эффекте диагноз целиакии подтверждался. При отрицательном эффекте от лечения назначалось повторное обследование, возможно, с пищевой провокацией. При селективном дефиците IgA в стандартных тестах назначалась или биопсия СО тонкой кишки, или проведение дополнительного серологического теста (ДПГ). Если результат до-полнительного теста был положительным, диагноз «целиакия» расценивался как вероятный, назначалось «пробное» лечение согласно протокола на 1 год. Если был эффект от лечения – диагноз целиакии подтверждался. Если не было эффекта – назначалось повторное обследование с возможной пищевой провокацией. Если результаты дополнительного теста были отрицательными, диагноз «целиакия» расценивался как сомнительный, назначался нормальный режим питания, дальнейшее периодическое обследование и наблюдение 1 раз в год. В результате применения данного диагностического алгоритма пациентам были поставлены диагнозы: синдром раздражённого кишечника – 71, хронический колит – 38, неспецифический язвенный колит – 21, болезнь Крона – 3, муковисцидоз (кишечная форма) – 3, целиакия – 1, вторичная ферментопатия – 2.

Сергеев Я.О., Осиченко К.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 НА РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ГИПЕРГЛИКЕМИИ

Цель. Изучить возможную связь вируса SARS-CoV-2 с развитием транзиторной гипергликемии (ТГ) и сахарного диабета (СД).

Материал и методы. Обзор литературы посвященный возможному влиянию вируса SARS-CoV-2 на развитие ТГ и СД.

Результаты. Исследования проводимые ранее при заболеваниях вызванными вирусами H1N1, Mers-CoV, SARS-CoV не дали возможности

утверждать, что данные вирусы значительно повышают риск развития СД у пациентов не имеющих предрасполагающих к этому факторов. По отношению к SARS-CoV-2, сделать аналогичные выводы невозможно по причине недостаточности исследований данной темы. Но исходя из наблюдений можно утверждать, что на фоне SARS-CoV-2 может развиваться ТГ, которую могут ошибочно интерпретировать как СД. Иссле-

дования лабораторных показателей данных пациентов указывают на то, через несколько дней после госпитализации уровень глюкозы как правило нормализуется. В дальнейшем при повторных исследованиях в 95% случаев у данных пациентов диагноз СД не подтверждается. Был описан лишь один клинический случай дебюта СД с развитием кетоацидоза на фоне SARS-CoV-2 без предшествующих нарушений углеводного обмена и приёма стероидных гормонов. Однако уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c – 14,2%) и в данном случае даёт возможность предположить что вирус являлся триггером СД, а не причиной. На сегодняшний день предполагают следующий механизм развития гипергликемии при заболевании SARS-CoV-2: вначале вирус попадает в клетку путём эндоцитоза, происходит связывание S-белка с рецептором АПФ2. Это вызывает угнетение экспрессии, после этого происходит расщепление белка, в результате чего мембраны вируса и эндосомы сливаются и высвобождается РНК. Далее происходит трансляция с образованием полипротеинов pp1a и 1ab, они участвуют в формировании копии РНК вируса, и восьми молекул мРНК, ассоциированных с синтезом вирусных белков в просвете между эндоплазматическим ретикулумом и комплексом Гольджи. Вирионы накапливаются в цитоплазме и выходят из клетки путем экзо-

цитоза. А так как высокий уровень АПФ2 находится в том числе и в поджелудочной железе, она также может быть повреждена. Ещё одним механизмом развития гипергликемии приданной инфекции является активация врожденной иммунной системы. В на первом этапе происходит выход вируса за пределы входных ворот инфекции и виремия, что приводит к активации моноцитарно-макрофагальной системы увеличивающей выработку цитокинов и развитию «цитокинового шторма» (гиперпродукции провоспалительных цитокинов) с развитием в дальнейшем массового апоптоза клеток эндотелия сосудов и развитием системной воспалительной реакции которая может нарушить работу поджелудочной железы. ТГ может наблюдаться и при повышении продукции контринсулярных гормонов на фоне стрессовой реакции организма.

Вывод: на сегодняшний день недостаточно данных для однозначного вывода о возможности развития СД на фоне SARS-CoV-2 без предрасполагающих к этому факторов. ТГ на фоне данной вирусной инфекции может регистрироваться, но уровень глюкозы как правило нормализуется в течение нескольких дней после госпитализации. Для возможности сделать окончательные выводы необходимо продолжать исследование этой темы.

Жернов С.В.

Всероссийский институт повышения квалификации сотрудников МВД России, г.Домодедово

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ У ПОЛИЦЕЙСКИХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Актуальность. Изучение психотравмирующего воздействия экстремальных факторов служебной деятельности на сотрудников полиции в условиях чрезвычайных ситуаций является ведущим принципом разработки методологии профессиональной надежности личного состава [1].

В период пандемии, сотрудники исполняли свои служебные обязанности в местах массового скопления людей, несмотря на применяемые профилактические меры, заболеваемость полицейских новой коронавирусной инфекцией в 2,2 раза превышает заболеваемость населения и приближалась по уровню к заболеваемости медицинских работников Минздрава России [2]. Меры защиты полицейских от воздействия вируса COVID-19 менее эффективны, чем у медицинских работников, а по возвращению после

службы домой, они неизбежно контактируют с женами, детьми и пожилыми родителями [3].

Целью исследования являлось выявление влияния семейного положения на формирование симптомов психологической травматизации у сотрудников полиции в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы обследования. Методом случайной выборки проведено сплошное эмпирическое обследование 118 сотрудников полиции в г. Москве, не имевших клинических проявлений COVID-19, но освобожденных от служебных обязанностей, как контактные с заболевшими (средний возраст $30,9 \pm 1,5$ лет, стаж службы – $5,6 \pm 1,9$ лет).

Применялся экспериментально-психологический метод и анкетирование. Статистическая обработка результатов исследования проводи-

лась с использованием программы SPSS 22.0. Использовался непараметрический статистический метод – коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования и обсуждение. Было выявлено, что наличие семьи у обследованных респондентов, являлось фактором влияющим на формирование эмоционального напряжения ($r=0,294$, $p \leq 0,001$), тревожно-фобических состояний связанных с вероятностью заболеть COVID-19 и быть источником заражения для близких ($r=0,318$, $p \leq 0,000$). Из за повышенной ответственности за членов семьи у них формировалась ситуативная тревога ($r=0,239$, $p \leq 0,009$) с косвенной агрессивностью ($r=0,359$, $p \leq 0,000$). При этом, указанные симптомы не трансформировались в эмоциональные нарушения депрессивного спектра ($r=-0,224$, $p \leq 0,015$), что вероятно связано с тем, что близкие понимали их состояние и оказывали им морально-психологическую поддержку.

Наличие семьи является социальным фактором, способствующим формированию ситуационно-обусловленных тревожно-фобических состояний и в то же время, пре-

пятствующим формированию депрессивных нарушений. Целесообразно рассмотреть возможность проведения сотрудникам и членам их семей психообразовательных дистанционных программ для профилактики формирования психологической травматизации в условиях чрезвычайной ситуации вызванной пандемией COVID-19.

Список литературы

1. Богдасаров Ю.В. Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г. Общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами лиц, наблюдающихся в медицинских организациях органах внутренних дел // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2020, Т. 120. №6. С.99-104.

2. Ичитовкина Е.Г. Богдасаров Ю.В. Эпидемиология COVID-19 среди сотрудников органов внутренних дел. Аналитический обзор. Москва, 2020. 68.с.

3. Soloviev A, Zhernov S, Ichitovkina E. Female Moscow Police Officers' Emotional Reactions Features during Service in the COVID-19 Pandemic Emergency Conditions. J Biomed Res Environ Sci. 2020 Oct 12; 6(10): 213-215. doi: 10.37871/jbres1145

Сероштан Е.Ю.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. ЛУГАНСКА

Проблема воспитания здорового поколения приобретает в настоящее время большое значение. Результаты научных исследований состояния здоровья школьников свидетельствуют о значительном росте большинства заболеваний и функциональных расстройств именно в период обучения детей в школе. По данным научно-го центра здоровья детей Российской академии медицинских наук в структуре заболеваемости детей школьного возраста лидирующее занимают заболевания костно-мышечной системы. Согласно имеющимся статистическим данным среди школьников 1-4 классов нарушения осанки выявлены в 40-50%, среди учащихся 5-9 классов – 60-70%, среди старшеклассников – 80-90%. В этих условиях внедрение в практику обучения и воспитания здоровьесберегающих технологий является одним из эффективных средств, с помощью которых можно предотвратить ряд социальных проблем и недостатков в обеспечении уровня здоровья школьников.

Цель исследования. Установить влияние здо-

ровьесберегающей технологии В.Ф. Базарного на состояние здоровья детей младшего школьного возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата г. Луганска.

Для достижения поставлено цели нами было обследовано 29 детей обучающихся в начальной школе по здоровьесберегающей технологии в течении двух лет.

Анализ заболеваемости показал, что внедрение в образовательную деятельность начального общего образования здоровьесберегающей технологии у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата имело позитивное влияние на состояние здоровья детей, что подтверждалось снижением случаев заболеваемости с 68,9% до 55,2% болевших детей, Показатель «случаи заболевания» уменьшился с 1,55 до 1,03 на одного ученика. Длительность болезни на протяжении двух лет обучения снизилась с 8,8 до 7,5. Мы наблюдали повышением индекса здоровья на 0,2 (с 0,4 до 0,6).

Динамика степени выраженности нарушения

осанки у детей имела волнообразный характер. Высокий средний бал нарушения осанки отмечался в начале первого (6 б) и третьего (7 б) семестра, в то время как минимальные его значения имели место во втором (5 б) и четвертом (5 б) семестре. Количество детей с I степенью достоверно увеличилось ($p < 0,001$) на 13,8%, со II степенью снизилось на 20,7% в сравнении с первым семестром. Нормальная осанка имела место у 6,9% школьников во втором семестре. В третьем семестре было выявлено снижение количества детей с I степенью на 27,6% ($p < 0,001$), в то время как, возросло количество детей со II степенью на 34,5% ($p < 0,001$). Детей без нарушения осанки не выявлено. В четвертом семестре в первой группе отмечен рост количества детей с I степенью нарушения осанки на 20,7% ($p < 0,001$), в то время как II степень не была выявлена. Нормальная осанка имела место у 8 (27,6%) школь-

ников в данной группе.

Анализ индекса Штритера в течении двух лет обучения выявил положительную динамику состояния свода стопы. Так количество стоп с нормальным сводом достоверно увеличилось на 15,5% за счет снижения высокосводчатой стопы на 5,2%, плоскостопия – на 6,9%, повышенного и уплощенного свода – на 1,7%.

Выводы. Внедрение здоровьесберегающей технологии способствовало нормализации осанки у 27,5% учащихся, снижение степени ее проявления у 34,5% детей. Позитивное влияние проведенных мероприятий позволило достоверно улучшить ($p < 0,05$) состояние свода стопы у 15,5% детей. На втором году обучения констатировано снижение заболеваемости и достоверное ($p < 0,05$) уменьшение длительности одного эпизода заболевания.

Сигитова Е.В., Бубликова А.М., Гольнева А.П., Шевченко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СИНДРОМ ЗАДНЕЙ ОБРАТИМОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ (PRES-СИНДРОМ) НА ФОНЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность исследования: Преэклампсия (ПЭ) – это полиорганный эндотелиопатия с поражением цереброваскулярной системы. Острые цереброваскулярные нарушения, включают синдром задней обратимой лейкоэнцефалопатии (posterior reversible leukoencephalopathy syndrome, или PRES-синдром), представляющий собой грозное осложнение ПЭ, которое приводит к инвалидизации или материнской смертности. Синдром задней обратимой энцефалопатии – это патофизиологический симптомокомплекс, включающий вазогенный отёк и повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера с вовлечением как корковых, так и подкорковых структур головного мозга.

Описание клинического случая: Пациентка, 35 лет, беременность III, 24 нед., доставлена по линии экстренной медицинской помощи в ДОК-ТМО 15.01.2020 г., госпитализирована в отделение акушерской реанимации в состоянии глубокого оглушения. Из анамнеза и данных медицинской документации: с 13.01. 2020 г. находилась на стационарном лечении по м/ж с диагнозом: «Беременность 3, 24 нед. Тяжелая преэклампсия. 13.01.2020 – произведено кесарево сечение в нижнем сегменте матки, дренирование брюшной полости. С 13.01.2020 по 15.01.2020 г. нахо-

дилась на ИВЛ. В связи с ухудшением состояния в виде общесудорожного приступа, консультирована смежными специалистами: неврологом – «Токсико-дисциркуляторная энцефалопатия с судорожным синдромом. Отёк головного мозга»; окулистом – «Ангиопатия сетчатой оболочки ОУ». В общих анализах обращает на себя внимание анемия легкой степени, протеинурия. При поступлении в ДОКТМО: АД=160/100 мм рт.ст., пульс – 90 уд./мин., ЧДД 19 вдохов/мин., SpO₂ – 95%, температура тела – 37°C. Ургентно осмотрена неврологом: уровень сознания – 12 баллов по ШКГ, оглушение. Положительные менингеальные знаки, глазодвигательные нарушения в виде горизонтального нистагма. Патологические стопные знаки положительные с двух сторон, двухсторонняя рефлекторная пирамидная недостаточность в конечностях. При дополнительном обследовании выявлено повышение содержания общего белка в сыворотке крови – 56,3 г/л; снижение уровня гемоглобина – 96 г/л; повышение СРБ – 122,5 мг/л; лейкоцитурия более 100 в поле зрения; протеинурия – 0,28 г/л. МРТ головного мозга (15.01.2020 г.): в кортикально-субкортикальных отделах преимущественно теменных и затылочных областей, а также левой лобной области и гемисфер мозжеч-

ка визуализируются участки неравномерного повышения интенсивности МР-сигнала в T2-ВИ FLAIR, с нечёткими контурами, без признаков ограничения диффузии в DWI. ЭЭГ – частые разряды комплексов спайк-волна амплитудой до 300 мкВ в левой лобно-височной области с распространением разрядной активности на гомолатеральное полушарие головного мозга. Результаты следующих исследований были в пределах нормы: содержания гормонов щитовидной железы, натрия, коагулограмма, дуплексное сканирование магистральных артерий головы, эхокардиография, УЗИ вен нижних конечностей, рентгенография легких. Консультирована окулистом: отёк ДЗН ОУ. Лечение: антибиотикотерапия, нейрометаболические и противоотёчные препараты. МРТ головного мозга, проведенная 23.01.2020 (8-й день заболевания), не выявила патологических изменений. ЭЭГ (10-й день заболевания) – умеренные диффузные наруше-

ния корковой ритмики, редкие разряды острая волна-медленная волна в левой лобно-височной области. Была выписана в стабильном состоянии 29.01.2020 г. с диагнозом: «Осн.: Поздний послеродовый период. Роды II, преждевременные, патологические (кесарево сечение 13.01.2020 г.). Тяжелая преэклампсия. Соп.: Задняя обратимая лейкоэнцефалопатия с очаговым поражением кортикально-субкортикальных отделов обоих полушарий головного мозга, а также гемисфер мозжечка, наиболее выраженное в затылочно-теменных областях – PRES-синдром (по данным МРТ головного мозга от 15.01.2020 г.), с рефлекторной пирамидной недостаточностью в конечностях как следствие преэклампсии. Осл.: Менинго-церебральный отёк. Анемия легкой степени. Выводы: Данный клинический пример подтверждает возможность развития PRES-синдрома на фоне послеродовой преэклампсии.

Симакопуло В.А., Машинистов В.В., Бугашева Н.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», ДНР

К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ «ОТРАСЛЕВОЙ ОХРАНЕ ТРУДА В МЕДИЦИНЕ»

Медицинская отрасль – одна из немногих, у которой нет собственной системы Охраны труда (ОТ). По причине недостаточного финансирования даже службы ОТ, которые должны быть созданы во всех учреждениях с коллективом свыше 50 работников, формируются лишь там, где работает не менее 100 лиц. Повседневные реалии функционирования медицинской отрасли также безутешны: основные производственные фонды изношены, растет общая, с временной потерей трудоспособности и профессиональная заболеваемость медицинских работников. В условиях усиления угрозы для здоровья медицинских работников они должны быть максимально подготовлены информационно, иметь глубокие знания владеть умениями и навыками относительно безопасности труда.

Но тот уровень обучения, который существует в Высших медицинских учебных заведениях и здравоохранении, не отвечает требованиям и потребностям нынешнего времени. В ДНР и ЛНР отсутствует преподавание самостоятельной дисциплины «Охрана труда в отрасли здравоохранения. Охрана труда медицинских работников». До настоящего времени не разработано отраслевой программы последипломного образования руководителей здравоохранения, не проводится контроль за их учебной и аттестацией по вопросам охраны труда. Дальнейшее развитие медицинского образования требует организации в Высшем медицинском учебном заведении до и после дипломного образования кафедр «Охрана труда и безопасности жизнедеятельности медицинских работников»

Синенченко А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В.

ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, 192242, Санкт-Петербург

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПРЕКУРСОРАМИ ГАММА-ОКСИМАСЛЕННОЙ КИСЛОТЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА)

Известно, что разработка эффективных методов профилактики острых отравлений современными психоактивными веществами (ПАВ) не может осуществляться без учета всестороннего эпидемиологического анализа, позволяющего объективизировать эпидемиологическую значимость проблемы, что делает исследование крайне актуальным.

Цель работы – изучить встречаемость острых отравлений гамма-оксимасляной кислотой (ГОМК) и ее прекурсорами среди госпитализированных в многопрофильный стационар за период 2019 гг.

Исследование включало в себя изучение журналов регистрации химико-токсикологических исследований (ХТИ) пациентов, госпитализированных в центр лечения острых отравлений Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе за период 2019 гг.

Для обнаружения ПАВ в биологических средах использовался газовый хроматограф с масс-спектрометрическим (ГХ-МС) детектором низкого разрешения GCMS-QP2010 SE (Shimadzu, Япония). Материалом для исследования служила моча пациентов, полученные стандартным способом. Биологический материал доставлялся в лабораторию впервые часы после поступления пациентов в отделение экстренной медицинской помощи. Химико-токсикологическое исследование биологических проб включало проведение нескольких способов подготовки проб (жидкостно-жидкостная экстракция в присутствии серной кислоты, гидролиз минеральный с последующей жидкостно-жидкостной экстракции при кислых значениях pH) с последующей дериватизацией с образованием силильных, дериватов и исследованием методом ГХ-МС.

В ходе изучения данных ХТИ, установлено преобладание в биологических средах у госпитализированных пациентов ГОМК – 46,6% (1452). При изучении динамических характеристик эпидемиологического процесса установлено, что основные пики обнаружения ГОМК среди общего количества выполненных лабораторных исследований отмечены в июле (52%), августе (60,8%) и ноябре (54,3%) 2019 г.

С помощью проведенного анкетирования 200 пациентов с наличием подтвержденного ГОМК в биологических средах, было установлено, что достоверно, чаще в 89% (178) случаев, пациенты употребляли химическое средство – 1,4-будандиол, в 11% (22) – гамма-бутиролактон. Самостоятельно изготавливали токсикант (в домашних условиях) – 67% (134) пациентов, в 23% (46) случаев приобретали готовое средство через интернет, 10% (20) – отказались от ответа. Эпизодическое употребление прекурсоров ГОМК подтвердила большая часть обследованных – 74% (148), систематическое – 26% (52%). Основной мотив употребления – 56% (112) – «для достижения эйфорического, расслабляющего эффекта», 27% (54) – «для усиления сексуальной активности», 17% (34) – «для повышения устойчивости к физическим нагрузкам во время занятий спортом». Значительная часть пациентов – 85% (170) не считала употребление токсиканта «проблемой для здоровья», значительно меньшая часть – 15% (30) определила данное вещество «как наркотическое». Повторные случаи госпитализации отметили – 24% (48) опрошенных.

Таким образом, полученные данные проведенного анализа наглядно свидетельствуют о высокой эпидемиологической значимости острых отравлений ГОМК и ее прекурсорами.

Синенченко А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В.

ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, 192242, Санкт-Петербург.

ДЕЛИРИОЗНЫЙ СИНДРОМ ПРИ СИСТЕМАТИЧЕСКОМ УПОТРЕБЛЕНИИ ГАММА-ОКСИМАСЛЕННОЙ КИСЛОТЫ И ЕЕ ПРЕКУРСОРОВ

Известно, что за последнее десятилетие в ряде стран Европы, Австралии и США, в Нидерландах и с 2015 года в ряде регионов РФ наблюдается рост количества отравлений и психических расстройств, вследствие систематического употребления гамма-оксимасляной кислоты (ГОМК) и ее прекурсоров (гамма-бутиролактон (ГБЛ) и 1,4 – бутандиола (1,4-БД)). В свою очередь, систематическое употребление данных психоактивных веществ (ПАВ) приводит к тяжелым абстинентным проявлениям, вплоть до летального исхода.

Цель исследования состояла в оценке выраженности метаболических нарушений при делириозном синдроме (ДС), обусловленном систематическим употреблением ГОМК и ее прекурсоров.

Обследован 21 пациент в возрасте от 20 до 40 лет ($29,2 \pm 4,47$) мужского пола, проходившие лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) центра лечения острых отравлений многопрофильного стационара с отравлениями ГОМК осложненных делирием.

Лабораторная диагностика включала оценку нарушений метаболизма и накопление в крови лактата, как показателя выраженности тканевой гипоксии, и аммиака, как маркера эндотоксемии. Материалом для исследования служила капиллярная кровь. Измерение уровня аммиака в крови проводилось с помощью портативного прибора PocketChem BA PA-4140 (Arkray, Япония). Работа прибора основана на микродиффузии. Метод измерения изменения окраски тест-полоски – фотометрический. В анализаторе выполнялась автоматическая калибровка. Содержание лактата определяли методом отражательной фотометрии с использованием тест-полосок (BM-lactat) и портативного биохимического анализатора Accutrend Plus (Roche Diagnostics, Германия).

Для оценки выраженности и тяжести делириозного синдрома использовалась психометрическая шкала DRS-R-98.

В ходе работы установлено, что выраженные признаки ДС по шкале DRS-R-98 диагностировались на 3 и 5 сутки обследования, с постепенной редукцией психопатологической симптоматики с 7 по 11 сутки. У обследуемой группы пациентов гипераммониемия была выявлена в 71,4%(15) случаев, начиная с первых суток обследования. Пик концентрации аммиака наблюдался в активной фазе психотического периода, и к третьим суткам показатель вырос до 175,0 мкмоль/л, к 5 -м – 187,0 мкмоль/л (в 3,5 и 3,7 раза выше нормы). В данный временной период наблюдалась максимально высокая выраженность симптомов делирия по шкале DRS-98-R: 3-й день – $25,7 \pm 0,57$ баллов, 5-й день – $26,0 \pm 4,02$ баллов. В последующем на 7-е, 9-е сутки наблюдения диагностировалось постепенное снижение концентрации аммиака с 141,0 мкмоль/л до 44,0 мкмоль/л и 15,0 мкмоль/л к 11-м суткам. В свою очередь, метаболический лактатацидоз диагностировался в 76,2%(16) случаев. Максимальная концентрация лактата в капиллярной крови наблюдалась в 1-е – 3-е сутки ДС ($3,9$ ммоль/л, $4,9$ ммоль/л), на фоне прогрессирующего его течения ($r1=0,41$, $r3=0,40$). Постепенное снижение изучаемого показателя происходило в прямой связи с уменьшением выраженности делирия, начиная с 5-х суток с $3,7$ ммоль/л до $2,4$ ммоль/л – на 7 сутки, $1,6$ ммоль/л – на 9 сутки и минимальным значением на 11-й день исследования ($1,2$ ммоль/л).

Таким образом, метаболический лактатацидоз и гипераммониемия являются предикторами прогрессирующего течения постинтоксикационного ДС у больных с отравлением ГОМК и ее прекурсорами.

Синенченко А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В.

ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, 192242, Санкт-Петербург.

СИНДРОМ ОТМЕНЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕКУРСОРОВ ГАММА-ОКСИМАСЛЕННОЙ КИСЛОТЫ

Актуальность исследования определяется увеличением количества синтетических наркотических средств, прекурсоров и, соответственно, количества отравлений данными соединениями среди населения, как нашей страны, так и зарубежом.

Цель исследования: изучить синдром отмены употребления прекурсоров гамма-оксимасляной кислоты (ГОМК).

Всего обследовано 200 человек с отравлением прекурсорами ГОМК проходившие лечение в центре лечения острых отравлений многопрофильного стационара. Клиническое обследование больных включало в себя сбор анамнестических сведений, оценку выраженности абстинентных проявлений по шкале CIWA-Ar.

В ходе работы установлено, что чаще госпитализировались лица мужского пола – 86% (172), средний возраст составил – 34,2±6,9 лет, в качестве прекурсора ГОМК употребляли – 1,4 – бутандиол – (95%,190), преобладал эпизодический характер употребления токсиканта – 68% (136). Чаще больные доставлялись с улицы и ночных клубов в состоянии выключенного сознания.

Окончание токсикогенной стадии отравления характеризовалось синдромом отмены средней тяжести – 13,7±2,1 баллов, по шкале CIWA-Ar, проявившимся выраженными соматоневрологическими расстройствами, напоминавшими клинику классического алкогольного абстинентного синдрома с продолжительностью симптоматики – 7,12 ±1,2 часа, а в 3,5% случаев делириозным помрачением сознания с атипичной клинической картиной и затяжным течением, продолжительностью – 9,5±1,2 суток. Из основных симптомов абстинентного периода преобладали: синусовая тахикардия (80%); гиперемия, сухость кожных покровов (75%); задержка стула (90%); тошнота, рвота (55%), двигательное беспокойство (47%). Делириозный синдром сопровождался метаболическими нарушениями в виде компенсированного метаболического лактатацидоза и гипераммониемии.

Таким образом, полученные данные необходимо учитывать при совершенствовании системы оказания медицинской помощи больным с отравлением психоактивными веществами.

Синявская И.А., Титиевский С.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Муниципальное образовательное дошкольное учреждение компенсирующего типа № 11 «Колокольчик», г. Горловка

СИСТЕМА ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ И КОМОРБИДНОЙ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) является весьма актуальной в детской психиатрии, что обусловлено как достаточно высокой частотой распространенности данной патологии (от 3-4 до 185 на 10000 детского населения по данным разных авторов), так и тенденцией к ее росту. Аутизм – это сложное нарушение психического развития, вследствие патологии развития или повреждения головного мозга, при котором у ребенка проявляется выраженный дефицит общения, ограниченные интересы и повторяющиеся стереотипные действия.

Различные авторы указывают, что тревожные

расстройства являются частой сопутствующей патологией при РАС: показатели распространенности этих нарушений варьируются от 11% до 84%. При этом, тревожно-фобические расстройства в значительной мере способствуют усилению социальной дезадаптации таких больных.

В литературе, посвященной РАС, при данной патологии отмечены специфические черты фобий, связанных с очень необычными раздражителями (например, рекламными звуками, хлопками воздушных шаров, шумами пылесосов, смывания туалетов, сигналами тревоги в школе, механическими вещами, высотой, погодой), но

могут встречаться и характерные возрастные страхи (например, темноты, насекомых, игл).

Нами предпринята попытка изучения тревожно-фобических состояний у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях ведения боевых действий в Донбассе. Мы исходили из того, что больные аутизмом, на которых военное время оказывает психотравмирующее воздействие, переживают дистресс особого характера. Полученные данные были использованы при разработке системы лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием наиболее подходящих, на наш взгляд, в работе с данным контингентом основанной на развитии сенсорных способностей и эмоционального интеллекта игровой терапии, а также занятий с родителями.

Разработанный нами комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий включал как медикаментозную терапию (рисполепт по 0,5-1 мг в сутки постоянно, кортексин по 5 мг (10 внутримышечных инъекций), цераксон по 300 мг в сутки в течение 1 месяца), так и сенсбилизирующее воздействие на патологически измененный анализатор с использованием измененного анализатора путём применения классической музыки без низких частот как фона во время проведения занятий с психологом (2 раза

в неделю – всего 40 занятий), представляющих собой компиляцию методик Монтессори, Домана, с элементами кинезиологии, психогимнастики и релаксации. Для уменьшения тревожно-фобических проявлений использовались сенсбилизирующие стимулы, повышающие толерантность к воздействиям различной сенсорной модальности: сенсорный бассейн, тактильное панно, сенсорные коврики, тактильные дорожки, сенсорные книжки, материалы для лепки, занятия со съедобными фруктами и овощами, изменение интенсивности освещения, лампы с визуальными эффектами. Наряду с игровой терапией, проводилось 10 занятий с родителями по пониманию и принятию расстройств их детей, изучению особенностей функционирования психики пациентов, страдающих аутизмом, обучению родителей демонстрации ими эмоций таким детям, для способствования развитию их эмоционального интеллекта, в свою очередь, снижающего тревожность данных больных.

В результате использования разработанной нами системы мероприятий отмечено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение у обследованных интенсивности страхов, связанных с музыкой и бытовыми шумами, а также, в целом, снижение интенсивности клинических проявлений тревожно-фобической симптоматики.

Сироид Д.В., Антипов Н.В., Жилев Р.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПЫТ НАПОЛНЕНИЯ «ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ» НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Электронный ресурс «Информационно-образовательная среда» (ИОС) имеет важное значение для обеспечения самостоятельной подготовки студентов, а в условиях вынужденного перехода к дистанционному обучению (ДО) его роль и значение возрастают многократно, что и произошло в связи с угрозой распространения инфекции COVID-19 в 2020 году. На кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии в осеннем семестре 2020-2021 учебного года проходят обучение врачи-интерны разных специальностей, студенты 2-ого курса специальности «Стоматология» и студенты 3-его курса специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело». Так как вынужденный переход к ДО уже возникал (последний раз – в весеннем семестре 2019-2020 учебного года, по той же причине), сотрудники кафедры приложили максимум усилий, чтобы

подготовить соответствующие курсы ИОС к возможному переходу на ДО. Кратно была увеличена база тестов, используемых для компьютерного оценивания и в 2020 году были отредактированы, вновь созданы и внесены в компьютерную программу более 4000 ситуационных тестовых заданий формата А, проанализированы и учтен опыт предыдущего перехода к ДО. В начале учебного года в соответствии с календарно-тематическими планами лекций были подготовлены и выложены на ИОС интерактивные лекции с контролем дистанционного прохождения. Каждое практическое занятие, еще до перехода на ДО, было обеспечено методическим, учебным и контролирующим блоками, на ИОС были выложены мультимедийные презентации лекций, «Сборники тестов» и «Учебные пособия», а также 15 учебных фильмов. Несомненно, что ДО не может заменить полноценного очного обучения,

но наполнение ИОС будет и при очном обучении оказывать позитивное влияние на качество подготовки специалистов.

Наличие обратной связи со студентами позволяют обратить внимание на некоторые аспекты наполнения ИОС. Во-первых, интерактивные лекции и лекции в виде презентаций не исключают, а дополняют друг друга. Преимуществом первых является возможность контроля прохождения, но и презентации обладают несомненным достоинством – они позволяют акцентировать внимание на принципиально важных моментах. Следует отметить, что студенты весьма позитивно оценивают наличие наглядности: учебных фильмов, в лекциях – иллюстраций и обозначений важных моментов в тексте. Они настраивают на возможности повторного прохождения лекций, что является целесообразным, так как оценки в лекционный журнал не выставляются. Особое внимание следует обратить на настройку элементов курса. Крайне желательным является предоставление студенту возможности ознакомиться со своими ошибками. Только это позво-

лит выявить и устранить возможные ошибки, допущенные при внесении тестов в программу. Желательно, чтобы обучающиеся при тестировании имели возможность пропустить сложный тест, чтобы вернуться к нему в рамках отведенного времени. Студенты отмечают, что при изучении некоторых дисциплин учебный и контролирующий блоки не всегда бывают в достаточной степени согласованы между собой (при тестировании иногда встречаются тестовые задания по темам, которые еще не были изучены). Обучающиеся позитивно реагируют на возможность прохождения «пробного» тестирования. Несомненным является факт необходимости поддержания обратной связи со студентами для исправления допущенных недочетов и дальнейшего совершенствования ИОС.

Выводы: 1) Наполнение ИОС позволило обеспечить полноценное проведение ДО в период повышенной готовности; 2) Для совершенствования ИОС необходимо сохранить методику поддержки обратной связи с обучающимися.

Сиротченко А.А. , Калиниченко Ю.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ

Высокая распространенность диспластических процессов соединительной ткани в виде недифференцированной дисплазии соединительной ткани в подростковой популяции, и ее негативное влияние на формирование зубочелюстных аномалий (ЗЧА), кариозных и некариозных поражений зубов, пародонтопатий, заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в подростковой популяции, определяют целесообразность дальнейшего совершенствования диагностических алгоритмов. Внесение дополнений в принятые диагностические стоматологические стандарты наиболее значимо для первичных этапов диагностики на стоматологическом приеме при оценке основных внешних признаков диспластических нарушений в полости рта при планировании ортодонтического лечения.

Совершенствование алгоритмов диагностики недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у подростков в условиях первичной стоматологической помощи по результатам оценки внешних фенотипических признаков и морфологических особенностей челюстно-лицевой области.

В зависимости от степени выраженности внешних фенотипических проявлений и лабораторных, клинико-инструментальных признаков, среди 64 подростков в возрасте 12-15 лет с НДСТ на фоне зубочелюстных аномалий нами были сформированы группы с легкой, средней и тяжелой степенью недифференцированных дисплазий. Гнатометрические и биометрические исследования челюстно-лицевой области проведены с помощью традиционных, а также усовершенствованных морфометрических методов, а постановка диагноза осуществлялась в соответствии с общепринятыми классификациями. Подтверждение диагноза включало оценку ультразвуковой денситометрии пяточной кости.

Характер и интенсивность морфофункциональных нарушений в структурах краниофациального комплекса («малых» стигм) определяется не только степенью выраженности и комбинаторности диспластических нарушений соединительной ткани, но и состоянием костной ткани в соответствующем возрастном периоде, а также зависит от вида ЗЧА.

Морфометрические изменения лицевого и

мозгового отделов черепа у подростков с НДСТ на фоне ЗЧА ориентированы в сторону усиления гипопластических тенденций и формирования долихоцефалии, что доказано следующими конституционально-морфологическими признаками: превалирование вертикального типа роста лицевого скелета над горизонтальным и нейтральным; выпуклый профиль лица при несоответственности общих высот лицевого скелета; сокращение широтных при увеличении высот-

ных лицевых параметров; узкая короткая ветвь нижней челюсти; смещение верхней челюсти вниз и вперед; уменьшение размерных величин апикального базиса нижнего зубного ряда, тела нижней челюсти, а также высоты и ширины ветвей нижней челюсти. Эти изменения необходимо видеть и учитывать при планировании ортодонтического лечения подростков с зубочелюстными аномалиями.

Сиротченко Т.А., Бондаренко М.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСИКОДЕРМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Актуальность исследования: тяжелое токсико-аллергическое поражение кожи в ответ на введение лекарственного вещества является важной проблемой современной педиатрической практики вследствие его высокой распространенности, потенциальной опасности последствий и возможного формирования устойчивой тенденции к хронизации процесса. Токсикодермии широко распространены в клинической практике, затрагивая от 15 до 25% пациентов, серьезные реакции возникают у 7-13%.

Цель исследования: определить частоту встречаемости определенных форм токсикодермии у детей раннего возраста. Выявить возможные причины заболевания, связь

с инфекционными агентами и приемом лекарственных средств.

Материалы и методы: проанализировано 127 историй болезни детей, находившихся на лечении в ОРИТ ЛРДКБ г. Луганска с 2015 по 2020 год. Все дети поступили в стационар с диагнозом токсикодермия, тяжелое течение. Были проанализированы анамнестические, клинические и диагностически-лабораторные данные. Произведен статистический анализ полученной информации.

Результаты: проанализировав 127 историй болезней детей раннего возраста (61 – девочка и 66 – мальчиков), были выявлены следующие формы токсидермии: экзантематозная форма токсикодермии (97-72%); острая крапивница (31-23%), в 20% случаев осложненная отеком Квинке; лекарственная лихеноидная реакция (4-3%), многоформная экссудативная эритема (2-1%), васкулит (1-1,5%). По анамнестическим данным была выявлена связь с приемом пищевых продуктов (18%), приемом антибактериальных препаратов (14%), других лекарственных

средств (7%), перенесенными инфекционными заболеваниями без лечения противомикробными препаратами (5%), применением наружных средств по уходу за кожей (4%). В 50% причину выявить не удалось. В клиническом анализе крови лейкоцитоз наблюдался у 55% пациентов, а эозинофилия – всего у 4%. При иммуноферментном анализе на CMV (цитомегаловирусная инфекция) были выявлены Ig G у 21 пациента, а Ig M – у 4 лиц; на EBV (вирус Эпштейн-Барр) были выявлены Ig G у 25 пациентов, а Ig M – у 2 лиц; Mycoplasma (микоплазма) – IgG определялись у 13 пациентов и Ig M – у 2 лиц; Chlamydia (хламидия) – Ig G у 7 лиц и IgM у 2 пациентов; цисты лямблий были выявлены у 14 пациентов, Staphylococcus aureus в мазках из зева/носа был выявлен у 71 пациента.

Выводы: выявлено, что самые частые формы токсидермии у детей раннего возраста – экзантематозная форма и острая крапивница. Связь с инфекцией прослеживается, как в анамнестических данных, так и по лабораторным показателям. Фактором риска возникновения токсидермии является погрешность в диете, в т.ч. употребление облигатных аллергенов, сладостей, фруктов и ягод. Но общей важной причиной является употребление лекарственных средств – антибиотиков, противовирусных, средств, иммунокорректоров растительного происхождения, НПВС и фитопрепаратов различного назначения. Единичные случаи токсикодермии связаны были с контактом с препаратами бытовой химии – новый шампунь, крем по уходу за кожей и другие. Таким образом, при назначении лекарственной терапии необходим тщательный сбор анамнеза, соблюдение диеты и своевременное выявление сопутствующей инфекционной патологии.

Скиба Т.А., Осацкая Е.В., Кострюкова Л.Н., Штыка Е.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Одним из самых распространенных заболеваний человека на сегодняшний день является хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). У пациентов второй половины жизни довольно часто встречается коморбидность ХОБЛ и остеоартроза (ОА). Распространенность ОА высока среди людей среднего и пожилого возраста, что обуславливает его важное медико-социальное значение. Развитие вторичного иммунодефицитного состояния отмечено и при ХОБЛ, и при ОА.

Цель работы – изучение состояния гуморального иммунитета у больных с обострением ХОБЛ, сочетанной с ОА.

Материал и методы исследования. Обследованы 54 больных с обострением ХОБЛ (клиническая группа В – GOLD II) в среднем возрасте ($54,4 \pm 3,1$) лет, среди них мужчин было 46 (85,1%), женщин – 8 (14,9%). Все больные были курильщиками со стажем курения ($22,4 \pm 2,9$) пачко-лет. Среди обследованных больных с обострением ХОБЛ, коморбидной с ОА, было 33 человека – основная группа, с ХОБЛ без коморбидности с ОА – 21 группа сравнения. У всех обследованных определяли в крови содержание иммуноглобулинов (Ig) А, М, G (по A.G. Manchini, 1965), E – методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы ООО «Полигност» (РФ, СПб). Содержание ЦИК в сыворотке крови определяли по методу H. Digeon et.al. (1977).

Результаты. содержание IgA у больных основной группы и группы сравнения существенно не отличались от показателей здоровых лиц ($p < 0,01$). Концентрация IgM у пациентов основной группы была достоверно ниже, чем у здоровых в 1,2 раза ($p < 0,05$) и ниже аналогичной в группе сравнения в 1,3 раза ($p < 0,05$). Уровень IgG у обследованных из основной группы был достоверно сниженным по сравнению с условной нормой в 1,2 раза ($p < 0,05$), и от соответствующего в группе сравнения – в 1,3 раза ($p < 0,05$), что, на наш взгляд, отражает несостоятельность

неспецифической иммунной защиты у пациентов с коморбидностью ХОБЛ и ОА. Значения IgE у всех обследованных лиц не превышали контрольных.

Содержание ЦИК у пациентов основной группы в 1,9 раза достоверно превышало их значения в норме и в 1,8 раза – аналогичные в группе сравнения, что отражает включение в патологический процесс еще одного – иммунокомплексного компонента воспаления. При этом повышенными оказались все фракции ЦИК, но наиболее значимо – среднемолекулярные и мелкомолекулярные – в 2,3 и 2,1 раза относительно нормы в абсолютных цифрах и в 1,2 и 1,4 раза – в относительном исчислении соответственно. У больных ОА при приближенных значениях общего количества ЦИК к таковым у здоровых лиц отмечался дисбаланс их фракций – повышение в 1,3 раза среднемолекулярных ЦИК по сравнению с нормой в абсолютном и в 1,2 раза – в относительном исчислении и снижение мелкомолекулярных ЦИК – в 1,5 раза в абсолютном и в 1,3 раза – в относительном исчислении. Исследование корреляционных связей изученных показателей гуморального иммунитета между собой, а также уровнем ОФВ1 у больных основной группы выявило негативную корреляцию слабой силы между концентрацией абсолютных значений среднемолекулярных ЦИК и ОФВ1 ($r = -0,307$, $p < 0,05$), что может указывать на негативный вклад активации иммунокомплексного варианта воспаления на состояние бронхиальной проходимости у больных.

Вывод. Таким образом, в крови пациентов с ХОБЛ, сочетанной с ОА, отмечалось снижение уровней IgM и IgG при сохраненных на уровне нормы показателях IgA и IgE. У них сформировался иммунокомплексный вариант иммунного ответа с повышенной концентрацией всех фракций ЦИК, наиболее значимо – средне- и мелкомолекулярных.

Склянная Е.В., Ватутин Н.Т., Тарадин Г.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОЙ МОНИТОРОГРАММЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Цель исследования: изучить особенности показателей суточной мониторограммы артериального давления (АД) у лиц молодого возраста с разным уровнем офисного АД. Материалы и методы. В исследование был включен 981 студент медицинского вуза в возрасте 20-29 лет (536 мужчин, 445 женщин). Суточное мониторирование АД (СМАД) выполнялось при помощи системы «Кардиотехника 4000» (Россия), полученные данные обрабатывались в программе «КТ Result2». Результаты. Оптимальное АД при офисном измерении регистрировалось у 220 обследованных (22,42%) – 1-ая группа, нормальное – у 488 (49,75%) – 2-ая группа, высокое нормальное – у 134 (13,66%) – 3-я группа, гипертензия – у 139 (14,17%) – 4-ая группа. Доля обследованных мужского пола была значительно выше в 3-ей и 4-ой группах (96,6% и 85,6%) по сравнению с 1-ой и 2-ой (47,7% и 40,2% соответственно, $p < 0,001$). Медиана уровня систолического АД (САД) составила 123 (110; 126) мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) – 85 (84; 87). По данным СМАД показатели САД и ДАД тесно коррелировали с соответствующими показателями офисного АД. Была выявлена сильная прямая корреляционная связь как для САД ($r_s = 0,87$), так и для ДАД ($r_s = 0,85$). Дневные показатели вариабельности САД были достоверно выше у лиц с высоким нормальным АД и АГ ($15,9 \pm 2,6$ и $17,2 \pm 4,2$) по сравнению с 1-ой и 2-ой группами ($9,2 \pm 4,4$ и $9,9 \pm 3,0$ соответственно, $p < 0,05$).

Средние значение суточного индекса (СИ) САД и ДАД во всех группах соответствовали суточному профилю типа dipper. У большей части молодых лиц регистрировалось нормальное снижение АД в ночное время (профиль dipper), вторым по частоте был профиль non-dipper. Профили over-dipper и night-peaker регистрировались редко. В 3-ей и 4-ой группах регистрировалось большее количество обследованных с профилем non-dipper по сравнению с 1-ой и 2-ой группами (23,88% и 34,56% по сравнению с 10,0% и 11,07% соответственно, $p < 0,001$). Распространенность гипертензии белого халата (ГБХ) среди обследованных молодых лиц составила 0,31% (95% ДИ 0,06-0,75%), среди лиц с офисной гипертензией 2,2% (95% ДИ 0,4-5,3%). Распространенность маскированной гипертензии (МГ) в исследованной популяции составила 1,4% (95% ДИ 0,8-2,3%), среди нормотоников – 1,7% (95% ДИ 0,9-2,6%), среди лиц с высоким нормальным АД 10,4% (95% ДИ 5,8-16,2%). Выводы: СМАД у лиц молодого возраста с АГ характеризуется большей вариабельностью дневного САД. У большей части (56,12%) лиц с АГ регистрировалось нормальное снижение АД в ночное время. Распространенность ГБХ среди лиц молодого возраста составляет 0,31% (95% ДИ 0,06-0,75%). Распространенность МГ среди лиц молодого возраста составляет 1,4% (95% ДИ 0,8-2,3%).

Скорик П.О. Калачёв М.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЙ РИСК У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Цель исследования: обосновать хирургическую тактику лечения больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ).

Материалы и методы исследования: в ходе работы был проанализирован опыт хирургического лечения 177 больных. Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения, сочетанной патологией ЯБ.

Результаты исследования: Возраст больных: от 27 до 82 ($50,4 \pm 3,7$) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин-94 (53,1%). В неотложном порядке госпитализированы 124 (70,1%), в плановом порядке 53 (29,9%) больных. Длительность основного заболевания от 1 месяца до 30 лет, urgentных пациентов от 3.5 до 144 часов. Хронический калькулезный холецистит (ХКХ)

имел место у 53 (29,9%), острый калькулезный холецистит (ОКХ) у 69 (39,0%), механическая желтуха у 55 (31,1%), перитонит у 20 (29,0%), холангит-у 15 (8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь 12 п.к. выявлена у 136 (74,0%) пациентов, язвенная болезнь желудка у 14(7,9%) , язвенная болезнь 12 п.к в сочетании со вторичной язвой желудка у 5 (2,8%) больных. Из них 33 (18,6%) перенесли в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнения язвенной болезни.

Активная фаза язвенного процесса на момент операции была у 51 (28,8%) больных, у 88 (49,7%) пациентов отмечено бессимптомное

течение основного и сочетанного заболеваний. Симультанные операции по поводу сочетанной язвы основной группы выполнили у 11 (6,2%) больных.

Выводы: Учет выявленных факторов риска позволил уменьшить частоту осложнения в виде острого желудочно-кишечного кровотечения до 1,4%.

Улучшение результатов хирургического лечения данной категории больных заключается в использовании комплексного подхода в диагностике и использовании малоинвазивных технологий.

Скороход А.М., Сохина В.С., Антонова Л.Н. Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

УРОВНИ МЕТАЛЛОВ В КРОВИ И РИСК БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА (ЛИТ.ОБЗОР)

Актуальность: Боковой амиотрофический склероз (БАС) – это прогрессирующее и смертельное нейродегенеративное заболевание, которое вовлекает центральную и периферическую нервную систему, этиология пока неизвестна. Болезнь характеризуется потерей двигательных нейронов, что приводит к прогрессирующей мышечной слабости, глотанию

трудности, и, наконец, смерть из-за дыхательной недостаточности. Большинство пациентов умирают в течение трех-четырёх лет.

Цель: Определить взаимосвязь уровня металлов крови и риска развития бокового амиотрофического склероза.

Материалы и методы: Металлы были предложены как фактор риска бокового амиотрофического склероза (БАС), но на сегодняшний день доступны только ретроспективные исследования. Следует провести сравнение уровня металлов в проспективно собранных образцах крови пациентов с БАС и контрольной группы, чтобы выяснить, связаны ли металлы со смертностью от БАС.

В рамках проспективной когорты EРIC было проведено вложенное исследование случай-контроль БАС. Случаи были установлены на основании свидетельств о смерти. Было проанализированы уровни металлов в образцах эритроцитов, полученных при наборе, в качестве биомаркера воздействия металлов из любого ис-

точника. Концентрации мышьяка, кадмия, меди, свинца, марганца, ртути, селена и цинка были измерены с помощью масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой. Для оценки риска БАС мы применили модели условной логистической регрессии.

Результаты: Исследуемая популяция включала 107 пациентов (65% женщины) и 319 контрольных пациентов, соответствующих по возрасту, полу и центру исследования. Среднее время между сбором крови и смертью от БАС составляло 8 лет (диапазон 1-15). Сравнение наивысшего с наименьшим тертилем концентраций кадмия (отношение шансов (OR) 2,04, 95% доверительный интервал (CI) 1,08-3,87) и свинца (OR 1,89, 95% CI 0,97-3,67) позволяет предположить наличие связи с повышенным риском БАС. Цинк был связан со снижением риска (ОШ 0,50, 95% ДИ 0,27-0,94). Связи кадмия и свинца остались, когда анализы были ограничены некурящими.

Выводы: Это первое исследование, в котором сравниваются уровни металлов до начала заболевания, что сводит к минимуму обратную причинность. Наблюдаемые ассоциации предполагают, что кадмий, свинец и цинк могут играть роль в этиологии БАС. Кадмий и свинец, возможно, действуют как промежуточные звенья на пути от курения до БАС.

Скороход А.М., Сохина В.С., Джоджуа А.Г., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СВЯЗЬ МЕЖДУ МИГРЕНЬЮ И КРИПТОГЕННЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Инсульт в настоящее время является одной из основных причин инвалидизации населения. Инвалидами становятся 70-80% выживших после инсульта, причём примерно 20-30% из них нуждаются в постоянном постороннем уходе. Частота случаев значительно увеличивается с возрастом начиная с 30 лет, но не следует забывать о возможности инсульта и в более раннем возрасте.

Цель: Оценить связь между мигренью и криптогенным ишемическим инсультом (КИИ) у молодых людей с помощью анализа подгрупп, стратифицированного по полу и наличию открытого овального окна (РФО).

Материалы и методы: Проспективно в исследование были включены 347 пациентов в возрасте 18-49 лет с недавним КИИ и 347 контрольных пациентов без инсульта, соответствующих возрасту и полу (± 5 лет). Мигрень с аурой (МА) и мигрень без ауры (МБА) были идентифицированы с помощью скрининга. Была использована условная логистическая регрессия с поправкой на возраст, образование, гипертонию, диабет, соотношение талии и бедер, отсутствие физической активности, текущее курение, злоупотреб-

ление алкоголем и пероральное употребление эстрогенов для оценки независимой связи между мигренью и КИИ. Влияние РФО на связь между мигренью и КИИ было проанализировано с помощью логистической регрессии в подгруппе, исследованной с помощью транскраниального доплеровского сканирования.

Результаты: Эффективность скрининга у пациентов и контрольной группы была превосходной (Каппа Коэна $> 0,75$). По сравнению с пациентами без мигрени любая мигрень (отношение шансов [ОШ] 2,48, 95% доверительный интервал 1,63-3,76) и МА (ОШ 3,50, 2,19-5,61) были связаны с КИИ, тогда как МБА – нет. Связь выявлена, как у женщин (ОШ 2,97 для любой мигрени, 1,61-5,47; ОШ 4,32 для МА, 2,16-8,65), так и у мужчин (ОШ 2,47 для любой мигрени, 1,32-4,61; ОШ 3,61 для МА, 1,75-7,45). В частности, для МА связь с КИИ оставалась значительной независимо от РФО. Распространенность МА возрастала с увеличением величины шунта справа налево у пациентов с РФО.

Выводы: МА имеет сильную связь с КИИ у молодых пациентов, независимо от сосудистых факторов риска и наличия РФО.

Скороход А.М., Сохина В.С., Джоджуа А.Г., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ НАБИЛОНА НА НЕМОТОРНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Болезнь Паркинсона (БП) является вторым по распространенности нейродегенеративным заболеванием в мире (120-200 случаев на 100 000 населения). Практически у каждого пациента страдающего БП, в клинической картине присутствуют немоторные симптомы (НМС). Исследования показывают, что в среднем большинство пациентов имеют 8-12 НМС.

Цель: Оценить эффективность и безопасность набилон, синтетического аналога тетрагидроканнабинола, в качестве лечения НМС при БП.

Материалы и методы: Плацебо-контролируемое двойное слепое рандомизированное исследование с расширенным охватом

в параллельных группах, проведенное в Медицинском университете Инсбрука. Случайная выборка из 47 пациентов с БП со стабильным двигательным заболеванием и тревожным НМС, определенным по шкале > 4 баллов по Единой шкале оценки БП-I (MDS-UPDRS-I), прошла открытое титрование набилон (0,25 мг один раз в сутки до 1 мг два раза в сутки, фаза I). Респонденты были рандомизированы 1:1 для продолжения приема набилон или перехода на плацебо в течение 4 недель (фаза II). Основным критерием эффективности было изменение MDS-UPDRS-I между рандомизацией и 4-й неделей. Безопасность анализировалась у всех пациентов, получивших хотя бы одну дозу набилон.

Результаты: в период с октября 2017 года по июль 2019 года 19 пациентов получали набилон (средняя доза = 0,75 мг) или плацебо. На 4-й неделе среднее изменение MDS-UPDRS-I составило 2,63 (95% доверительный интервал [ДИ] от 1,53 до 3,74, $p = 0,002$, размер эффекта = 1,15) в группе плацебо по сравнению с 1,00 (95% ДИ от -0,16 до 2,16, $p = 0,280$, размер эффекта = 0,42) в группе набилон (разница: 1,63, 95% ДИ от 0,09 до 3,18, $p = 0,030$, размер эффекта = 0,66). Во время открытого титрования, семьдесят семь процентов пациентов имели побочные эффекты

(ПЭ), большинство из них были временными. В двойной слепой фазе аналогичное количество пациентов в каждой группе имели ПЭ (42% в группе плацебо и 32% в группе набилон). Серьезных ПЭ не было.

Вывод: Полученные результаты подчеркивают потенциальную эффективность набилон для пациентов страдающих БП с тревожными НМС, что, по-видимому, обусловлено положительным влиянием на тревожное настроение и проблемы со сном в ночное время.

Скороход А.М., Сохина В.С., Никитенко Д.В., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭВОЛЮЦИЯ БИОМАРКЕРОВ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА РАННИХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Актуальность: К развитию деменции приводят различные болезни и травмы, которые в первую или во вторую очередь вызывают повреждение мозга, такие, как болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона или инсульт. Деменция является одной из основных причин инвалидности и зависимости среди пожилых людей во всем мире.

Цель: Проанализировать продольный профиль биомаркеров спинномозговой жидкости (ЦСЖ) болезни Альцгеймера (БА) на ранних стадиях болезни Паркинсона (БП) по сравнению со здоровыми контрольными (ГК) и протестировать базовые биомаркеры ЦСЖ для прогнозирования клинического снижения БП.

Материалы и методы: Амилоид- β от 1 до 42 (A β 42), общий тау (т-тау) и фосфорилированный тау (р-тау) в позиции треонина 181 были измерены с помощью высокоточного электрохемилюминесцентного иммуноанализа Roche Elecsys во всех доступных образцах спинномозговой жидкости от продольно изученных пациентов с БП ($n = 416$) и ГК ($n = 192$) под наблюдением в течение 3 лет в рамках Инициативы по маркерам прогрессирования болезни Паркинсона (PPMI). Продольные показатели спинномозговой жидкости и клинические данные были проанализированы с использованием линейно-смешанных моделей эффектов.

Полученные результаты: Было обнаружено, что пациенты с БП имели более низкий уровень t-тау-белка в спинномозговой жидкости (медиана = 157,7 пг / мл; диапазон = 80,9-467,0); р-тау (медиана = 13,4 пг / мл; диапазон = 8,0-40,1) и

A β 42 (медиана = 846,2 пг / мл; диапазон = 238,8-3707,0), чем ГК на исходном уровне (медиана t-тау ЦСЖ = 173,5 пг / мл; диапазон = 82,0-580,8; медиана р-тау = 15,4 пг / мл; диапазон = 8,1-73,6; и медиана A β 42 = 926,5 пг / мл; диапазон = 239,1-3297,0; $p < 0,05-0,001$) и от умеренной до сильной корреляции между этими биомаркерами как у пациентов с БП, так и у пациентов с ГК ($Rho = 0,50-0,97$; $p < 0,001$). Из пациентов с БП у 31,5% были патологически низкие уровни A β 42 в спинномозговой жидкости на исходном уровне и у этих пациентов с БП были более низкие уровни р-тау (медиана = 10,8 пг / мл; диапазон = 8,0-32,8) по сравнению с 27,7% ГК с патологически низким уровнем A β 42 в ЦСЖ (медиана р-тау в ЦСЖ = 12,8 пг / мл; диапазон 8,2-73,6; $p < 0,03$). При продольном анализе ЦСЖ было обнаружено, что у пациентов с БП было большее снижение уровня A β 42 в ЦСЖ (средняя разница = -41,83 пг / мл; $p = 0,03$) и р-тау в ЦСЖ (средняя разница = -0,38 пг / мл; $p = 0,03$) по сравнению с ГК. Исходные значения A β 42 в спинномозговой жидкости предсказывали небольшое, но измеримое снижение когнитивных, вегетативных и моторных функций на ранних стадиях болезни Паркинсона.

Вывод: Исходные биомаркеры АД в спинномозговой жидкости могут иметь прогностическое значение при ранней БП, и что динамическое изменение этих маркеров, хотя и незначительное в течение 3-летнего периода, предполагает, что профили биомаркеров БП могут отклоняться от здорового старения.

Скороход А.М., Сохина В.С., Прокопенко Е.Б., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ С ЛЕЙКОДИСТРОФИЯМИ (ЛИТ. ОБЗОР)

Актуальность. Эпилепсия может быть одним из проявлений у детей с лейкодистрофиями, но частота возникновения эпилепсии при различных типах лейкодистрофий пока не ясна.

Цель: Изучить частоту возникновения эпилепсии у детей страдающих лейкодистрофиями.

Материалы и методы: Проанализировано ретроспективное наблюдательное когортное исследование, проведенное Пекинским университетом (с января 2004 г. по июнь 2019 г.). В исследование включены дети с диагнозом лейкодистрофия.

Результаты: Всего было включено 333 пациента, которые наблюдались в течение 5,5 лет (0,4-14,2 года) после первого посещения. Общая частота эпилепсии составила 30,6% (102/333). Болезнь Александра имела самую высокую заболеваемость (77,3%, 51/66), за ней следовали болезнь исчезающего белого вещества (41,2%, 21/51), болезнь Канавана (33,3%, 1/3), мегалэнцефальная лейкоэнцефалопатия с подкорковыми кистами (32,1%, 9/28), X-сцепленная адренолейкодистрофия (23,1%, 3/13), болезнь Краббе (18,8%, 3/16), метахроматическая лейкодистрофия (14,3%, 6/42) и болезнь Пелицеуса-Мерцбахера (7,0%, 8). / 114). Частота эпилепсии

при лейкодистрофиях, классифицированных как астроцитопатии, была выше, чем при миелиновых заболеваниях (55,9% против 11,2%, $P < 0,001$). Из 102 пациентов с эпилепсией судороги были главной жалобой у 61,8% (63/102) и начальным симптомом у 22,5% (23/102). Средний возраст начала приступа составлял 20,5 месяцев (1 день – 176 месяцев). В общей сложности 63,7% (65/102) детей лечились противоэпилептическими препаратами (АЕД), а показатель ответа на лечение составил 90,8% (59/65) при последнем наблюдении, в том числе 71,2% (42/59) детей, у которых не было припадков.

Выводы: Эпилепсия не была редкостью у детей с лейкодистрофиями. Дети с болезнью Александра имели самую высокую заболеваемость; тогда как у детей с болезнью Пелицеуса-Мерцбахера была самая низкая заболеваемость. Дети с лейкодистрофиями, классифицируемыми как астроцитопатии, были более подвержены эпилепсии, чем дети, классифицируемые как миелиновые заболевания. Большинство детей с лейкодистрофиями, у которых была диагностирована эпилепсия, показали хороший ответ на противоэпилептические препараты.

Скороход А.М., Сохина В.С., Сайко Д.Ю., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ АСПИРИНА НА ДЕМЕНЦИЮ И СНИЖЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ (ЛИТ.ОБЗОР)

Актуальность проблемы: Благодаря достижениям прогресса и современной медицины, длительность жизни людей значительно увеличилась. С каждым годом жизни риск возникновения болезни Альцгеймера растет – у людей пенсионного возраста он увеличивается вдвое через каждые пять лет. Согласно данным Международной организации по болезни Альцгеймера, в мире у 1% людей в возрасте 65 лет есть данное заболевание, в возрасте 75 лет – у 10%, 85 лет – у 20% людей. Данное заболевание относится к тем немногим в современном мире, для которых не найдены патогномичные методы диагностика, а соответственно, нет адекватного медикаментозного лечения.

Цель: оценить влияние низких доз аспирина и плацебо на общую деменцию, вызванную болезнью Альцгеймера (БА), легкое когнитивное нарушение (ЛКН) и снижение когнитивных способностей у пожилых людей.

Материалы и методы. Было проанализировано исследование, проведенное Американской Академией Неврологии в 2019 году: «Аспирин в снижении числа случаев у пожилых людей (ASPREE)», которое являлось двойным слепым, плацебо-контролируемым исследованием низких доз аспирина. В Соединенных Штатах и Австралии были отобраны люди в возрасте ≥ 70 лет (американские меньшинства ≥ 65 лет) и не имеющие сердечно-сосудистых заболеваний,

инвалидности и диагностированной деменции. Участники были рандомизированы 1: 1-100 мг в день аспирина или плацебо. Модифицированный экзамен по психическому состоянию, который включал: пересмотренный словесный тест Хопкинса, тест модальностей символьных цифр и тест контролируемой устной речи позволили оценить когнитивные способности на начальном и последующем уровнях. Деменция была оценена в соответствии с критериями DSM-IV. Критерии Национального института по проблемам старения и болезни Альцгеймера были использованы для субклассификации БА и ЛКН

Результаты и обсуждения. За средний период наблюдения 4,7 года было обследовано в общей сложности 19,114 участников, и 964 провели дальнейшую оценку деменции. Было 575 рас-

смотренных случаев слабоумия, и 41% были классифицированы как клинически вероятная БА. Не было существенной разницы в риске всех триггеров деменции (отношение рисков [HR], 1,03; 95% доверительный интервал [CI], 0,91-1,17), вероятное БА (HR, 0,96; 95% CI, 0,74-1,24), или ЛКН (ЧСС, 1,12; 95% ДИ, 0,92-1,37) между аспирином и плацебо. Когнитивные изменения с течением времени были одинаковыми в группах аспирина и плацебо.

Заключения и выводы: в описанном исследовании не обнаружено доказательств того, что аспирин эффективен в снижении риска деменции, ЛКН или снижения когнитивных функций. Наблюдение за результатами после первоначального воздействия продолжается.

Скороход А.М., Стафинова Е.А., Коценко Ю.И. Масенко В.В.,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАВЕЛОКСОЛОНА ПРИ АТАКСИИ ФРИДРЕЙХА (ЛИТ ОБЗОР)

Актуальность: Атаксия Фридрейха (FRDA) – это прогрессирующее генетическое нейродегенеративное заболевание, лечение которого не одобрено. Омавелоксолон, активатор Nrf2, улучшает функцию митохондрий, восстанавливает окислительно-восстановительный баланс и уменьшает воспаление в моделях FRDA. Мы исследовали безопасность и эффективность омавелоксолон у пациентов с FRDA.

Цель: Изучить безопасность и эффективность применения омавелоксолон при атаксии Фридрейха

Материалы и методы: Было проведено международное двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование второй фазы регистрации в параллельных группах в 11 учреждениях в США, Европе и Австралии. Соответствующие критериям пациенты в возрасте от 16 до 40 лет с генетически подтвержденным FRDA и исходной оценкой по модифицированной шкале атаксии Фридрейха (mFARS) от 20 до 80 были рандомизированы 1: 1 на плацебо или 150 мг в день омавелоксолон. Первичным результатом было изменение по сравнению с исходным уровнем показателя mFARS у пациентов, получавших омавелоксолон, по сравнению

с теми, кто получал плацебо, через 48 недель.

Полученные результаты: Обследовано 155 пациентов, и 103 пациента были рандомизированно распределены для приема омавелоксолон (n = 51) или плацебо (n = 52), при этом 40 пациентов, принимавших омавелоксолон, и 42 пациента, получавших плацебо, были проанализированы в полном наборе анализа. Изменения по сравнению с исходным уровнем показателей mFARS у пациентов с омавелоксолон (-1,55±0,69) и плацебо (0,85±0,64) показали разницу между группами лечения на -2,40±0,96; p = 0,014). Преходящее обратимое повышение уровней аминотрансфераз наблюдалось при приеме омавелоксолон без увеличения общего билирубина или других признаков повреждения печени. Головная боль, тошнота и утомляемость также чаще встречались у пациентов, получавших омавелоксолон.

Выводы: В исследовании MOXIe омавелоксолон значительно улучшал неврологические функции по сравнению с плацебо, и в целом был безопасен и хорошо переносился. Он представляет собой потенциальное терапевтическое средство в FRDA.

Скорород А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Масенко В.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» г. Донецк

СВЯЗЬ ДЕМЕНЦИИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ (ЛИТ. ОБЗОР)

Актуальность. Число пожилых людей с эпилепсией значительно возрастает во всем мире. В развитых странах самый высокий уровень заболеваемости эпилепсией уже наблюдается у людей старше 65 лет. Последние данные показывают, что пожилые люди с эпилепсией могут иметь более высокий риск развития деменции, в то время как люди с некоторыми формами деменции, особенно с болезнью Альцгеймера (БА) и сосудистой деменцией, имеют значительно более высокий риск развития эпилепсии.

Цель. Изучить связь когнитивных нарушений с эпилепсией у пожилых людей (в возрасте старше 65 лет) и прогноз для пациентов с деменцией, наблюдаемой при эпилепсии.

Материалы и методы. Обзор и анализ современных отечественных и зарубежных литературных источников.

Результаты и обсуждения. Популяция пожилых людей с эпилепсией (определенная здесь как > 65 лет) состоит из двух основных групп: те, у кого была эпилепсия в течение многих лет и те, у кого развивается эпилепсия в пожилом возрасте (Stefan, 2011). Исследование в Великобритании показало, что у людей старше 65 лет люди, классифицированные как имеющие сосудистую деменцию, имели такую же вероятность развития приступов эпилепсии, как и люди с БА (Imfeld et al., 2013). Важно отметить, что некоторые результаты также свидетельствуют о том, что у пожилых пациентов с эпилепсией повышен риск развития когнитивных нарушений и, в конечном итоге, деменции (van Duijn et al., 1991; Breteler et al., 1995). Между эпилепсией и деменцией может существовать двунаправленная связь, так что у пациентов с деменцией, по-видимому, также имеется повышенный риск развития судорог (Subota et al., 2017.) Пожилые люди с эпилепсией имеют больший дефицит по сравнению со здоровыми пожилыми людьми в когнитивных областях, но особенно в краткосрочной и долгосрочной зрительной и вербальной памяти, исполнительных функци-

ях, внимании и психомоторной активности или скорости обработки. Исследование (Witt et al., 2014) подтвердило тяжесть когнитивных нарушений в большой группе (n = 257) пожилых людей [средний возраст: 71,5, стандартное отклонение – 7,2] с впервые возникшей фокальной эпилепсией, которая была оценена до начала лечения противоэпилептическими препаратами (AED-терапия). Приблизительно одна треть (n = 88) перенесла церебральный инфаркт, а другая треть (n = 99) – цереброваскулярное заболевание. Более 80% (n = 209) страдали фокальными приступами с нарушением осведомленности, и чуть более 50% (n = 139) страдали генерализованными тонико-клоническими приступами. Когнитивная функция была протестирована с использованием скрининг-инструмента, специально разработанного для обнаружения и мониторинга исполнительных функций у пациентов с эпилепсией (EpiTrack). Производительность сравнивалась с нормами с поправкой на возраст от 68-9 здоровых контрольных субъектов.

Результаты показали, что многие пожилые люди с впервые возникшей фокальной эпилепсией были когнитивно нарушены до начала AED-терапии, 43% заметно поражены, и только 35% были без значительных нарушений.

В исследованиях (Dodrill, 2004; Seidenberg et al., 2007) сообщалось, что наблюдается прогрессирование когнитивного дефицита в течение коротких периодов времени (3-4 года).

Заключения и выводы: Текущие данные не позволяют нам делать окончательные выводы, но они показывают, что это важная область для исследования, которая потенциально применима как к пациентам с эпилепсией, так и с деменцией. Существует значительная взаимосвязь между эпилепсией, БА и цереброваскулярным заболеванием, что повышает вероятность того, что лучшее понимание общих механизмов в этих условиях может помочь улучшить не только проявление судорог, но также и когнитивную дисфункцию.

Смирчевский Э.Ф., Коржова Д.А., Белоусова В.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ДЕГУМАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА

Введение менеджерской модели управления здравоохранением в конце XX века впервые всерьез поставило под угрозу существование института медицины, созданного по гиппократовской модели. Между пациентом и врачом вклинилась технико-бюрократическая структура.

Сфера здравоохранения стала превращаться в сферу услуг, цель которой – обеспечить услуги, удовлетворяющие потребителя. Превращение медицины в сферу услуг «изменило цели и ценности института медицины. Если раньше целью работы врача являлась помощь конкретному больному, то в настоящее время цель формулируется как «качественное оказание медицинской услуги», что далеко не всегда одно и то же. Ценности современной медицины – это качество жизни потребителя, экономическая целесообразность медицинской деятельности и соблюдение закона, а вовсе не приоритет личности врача и благо отдельного больного.

От современного врача система требует только «исключительно качественного оформления медицинской документации и отсутствия обоснованных претензий от пациентов». А сам процесс лечения, который, по мнению эксперта, должен являть собой «процесс тонкого, всегда нестандартного взаимодействия между врачом и больным» в менеджерскую модель управления здравоохранением не входит. В результате современный врач находится в постоянной ситуации конфликта между врачебным долгом и требованиями системы, и часто вынужден в процессе работы принимать формальные решения, «действовать в интересах системы, а не больного».

Известно, что мыслительная деятельность врача отличается от аналогичной деятельности иных специалистов в силу специфики профессии, предполагающей тесное общение с людьми. В этой связи особую актуальность представляет формирование коммуникативной компетенции студентов. Нельзя переоценить роль преподавания философии будущим врачам с целью реше-

ния поставленной задачи [1].

Представляется целесообразным сегодня отказать от технократической модели подготовки будущих врачей. Интеграция гуманитарной составляющей в клинические дисциплины медицинских вузов позволит не только передать студентам системные знания, но и решить задачу подготовки современного конкурентоспособного специалиста с устойчивой системой ценностей, необходимым набором общекультурных и профессиональных компетенций, позволяющих качественно и ответственно выполнять профессиональные обязанности, что в свою очередь положительным образом скажется на сохранении престижа профессии врача, снизит рост недоверия к медицине, вызванного отчасти ее дегуманизацией [2]. Альянс гуманитарных и специальных дисциплин в большей степени, чем «сухие» клинические в чистом виде, будет способствовать развитию познавательного интереса студентов, их самообучению, повысит эрудированность, словом, будет содействовать повышению качества образования.

Список литературы

1. Коржова Д.А., Смирчевский Э.Ф. Тренды преподавания в высших учебных заведениях / Д.А. Коржова, Э.Ф. Смирчевский // Всероссийская конференция молодых исследователей с международным участием «Социально-гуманитарные проблемы образования и профессиональной самореализации» (Социальный инженер-2019) Часть 5, М. 2019. – 432 с. – С. 362 – 365

2. Симонова Ж.Г. MEDICAL HUMANITIES В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ КАК СПОСОБ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ДЕГУМАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 3.;

URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=28893> (дата обращения: 25.10.2020).

Смирнова Н. Ю., Ермак А. В.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Болезни системы кровообращения и в Российской Федерации, как и в других развитых странах, устойчиво занимают I место среди причин смерти населения. В 2019 году смертность населения от болезней системы кровообращения в России составила 5,74‰ при уровне общей смертности 12,28‰. Таким образом, 46,7% умерших в 2019 году в России составили умершие от сердечно-сосудистых заболеваний.

Кроме того, болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин первичного выхода на инвалидность, первое место среди причин госпитализации и второе место среди причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают и первое место в структуре общей заболеваемости взрослого населения. В Российской Федерации в 2019 году в расчете на 1000 взрослого населения было всего зарегистрировано 319,5 случаев заболеваний системы кровообращения (21,2% от всех зарегистрированных заболеваний), а в Санкт-Петербурге общая заболеваемость взрослого населения болезнями системы кровообращения составила 410,9‰ (18,5% от всех зарегистрированных заболеваний). Причем, по сравнению с 2001 годом общая заболеваемость взрослого населения болезнями системы кровообращения в России увеличилась в 1,8 раза (с 181,3 ‰ до 319,5‰), а в Санкт-Петербурге – в 1,4 раза (с 299,1‰ до 410,9‰).

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения БСК занимают более скромное место. Однако отмечается рост и данного показателя. В Российской Федерации по сравнению с 2001г. в 2019 г. уровень первичной заболевае-

мости взрослого населения болезнями системы кровообращения увеличился почти в 2 раза (с 21,3 ‰ до 42,1 ‰), в 2,1 раза первичная заболеваемость взрослого населения болезнями системы кровообращения увеличилась и в Санкт-Петербурге: с 13,9 ‰ до 28,7 ‰.

Среди причин роста общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения необходимо отметить: старение населения и увеличение доли населения старше трудоспособного возраста, внедрение современных высокотехнологичных методов лечения и, соответственно, продление жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, активное выявление больных с болезнями системы кровообращения в ходе проведения диспансеризации населения. Увеличение охвата населения медицинскими осмотрами способствует и росту первичной заболеваемости населения заболеваниями системы кровообращения. С 2019 года всем гражданам старше 40 лет рекомендовано проходить оба этапа диспансеризации ежегодно и поэтому также можно ожидать дальнейшего прироста уровня и общей, и первичной заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения.

В связи с существенным ростом заболеваемости населения болезнями системы кровообращения необходимо оптимизировать штатные нормативы подразделений амбулаторных и стационарных учреждений, оказывающих взрослому населению кардиологическую помощь, оптимизировать систему лекарственного обеспечения данной категории больных, сформировать систему восстановительного лечения больных кардиологического профиля.

Смирнова Т.А., Новожилова О.А., Чуваркова И.М., Вдовина Л.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Вступление: Воспалительные заболевания пародонта не являются изолированной стоматологической проблемой, они очень тесно связаны с изменениями в других системах организма [Ласиця О.І. Сучасні аспекти бронхіальної астми дитячого віку / О.І. Ласиця, О.М. Охотнікова. // Астма та алергія. – 2002.-№1. – С.44-49]. При недооценке общей соматической патологии могут произойти осложнения во время лечения больного, а также неэффективность стоматологической помощи. Наиболее часто поражения пародонта диагностируются на фоне общесоматической патологии. Бронхиальная астма – одно из самых частых хронических заболеваний легких. По мнению авторов, развитие воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с бронхиальной астмой имеет несколько теорий возникновения. [Алескерова С. М. Состояние твердых тканей зубов у больных бронхиальной астмой / С. М. Алескерова // Вісник проблем біології і медицини – 2011. – Вип. 2, Т. 3 (86). – С. 224 – 227.] Во-первых, лечение бронхиальной астмы требует назначения ингаляционных глюкокортикостероидных препаратов. При ингаляционном введении только 10-20% достигают дыхательных путей, в то время как 80-90% остаются в полости рта, поэтому наряду с положительным эффектом оказывается и отрицательное воздействие на полость рта. В связи с этим происходят нарушения естественного защитного барьера СОПР, что существенно затрудняет проведение адекватной терапии самой болезни, способствовать развитию или прогрессированию как местных, так и общих воспалительных заболеваний инфекционной природы. Во-вторых, при воспалительных заболеваниях пародонта имеет место собственно единый иммуновоспалительный характер возникновения, затрагивающий как полость рта, так и дыхательные пути. Таким образом, проблема влияния бронхиальной астмы на ткани пародонта является весьма актуальной.

Цель: изучить состояние тканей пародонта у пациентов на фоне бронхиальной астмы.

Материалы и методы: Были опрошены и осмотрены 20 пациентов с диагнозом бронхиальная астма легкой, средней и тяжелой степени тяжести в возрасте от 33 до 75 лет. Для оценки гигиенического статуса полости рта приме-

няли индекс Грин-Вермиллиона, для определения толщины зубного налета применяли индекс SilnessLoe. Оценку состояния пародонта проводили по клиническим признакам: кровоточивость при зондировании, цвет, форма, размер десневых сосочков. Для оценки состояния тканей пародонта использовали пародонтальные индексы: РМА, СРІТN, индекс кровоточивости по Мюллерману.

Результаты Стоматологический диагноз устанавливали на основании комплексного обследования: анамнез, жалобы, индексная оценка, объективный осмотр. Жалобы у 8 пациентов полностью отсутствовали, у 10 человек были жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов. Неприятный запах изо рта отмечали 15 пациентов. Из анамнеза жизни было выяснено, что 12 человек периодически не соблюдали правила гигиены полости рта, 8 человек не чистили зубы систематически. При объективном обследовании у пациентов с бронхиальной астмой отмечались воспалительные явления в тканях пародонта, преимущественно в области десневых сосочков. Воспаление маргинальной десны отмечалось у 17 пациентов. Незначительное механическое воздействие на десну сопровождалось кровоточивостью у 14 пациентов. У всех 20 больных на зубах в области десневого края были выявлены неминерализованные зубные отложения. Индекс гигиенического состояния полости рта по Грин-Вермиллиону у 4 пациентов был «хороший», у 10 пациентов «удовлетворительный», у 4 пациентов «неудовлетворительный» и у 2 пациентов было очень плохое гигиеническое состояние полости рта. Распространенность воспалительных изменений оценивалась по индексу РМА. Легкая степень гингивита была у 3 пациентов, средняя- у 12 пациентов, тяжелая -у 5 пациентов. Для оценки состояния тканей пародонта мы регистрировали индекс СРІТN.

Выводы: В ходе проведенного исследования нами было замечено повышение индекса гигиены Грин-Вермиллиона, РМА, СРІТN, повышение кровоточивости десен на фоне бронхиальной астмы, что свидетельствовало о неудовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта и вовлечении в патологический процесс тканей пародонта.

Соболева А.А., Чайковская И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСТЕОПОРОЗ – КАК СОЦИАЛЬНО ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

С возрастом ткани пародонта у человека претерпевают количественные и качественные изменения. Но в большей степени эти изменения касаются именно костной ткани челюстей.

Остеопороз – системное заболевание костных тканей всего организма, вызывающее потерю кальция и нарушения структуры кости и в настоящее время, относится к факторам риска возникновения хронического пародонтита.

Долгосрочное воздействие подобных процессов приводит к ослаблению костей и увеличению риска возникновения патологических переломов.

Причины развития остеопороза разнообразны, их можно условно разделить на две группы.

Первичный остеопороз не связан ни с каким другим заболеванием, а вторичный остеопороз обусловлен определенным системным заболеванием.

Вторичный остеопороз сопряжен с различными эндокринными заболеваниями (почек, печени, сахарного диабета) и также может быть

вызван длительным употреблением гормональных препаратов.

Точный механизм, благодаря которому остеопоротические изменения в костной структуре кости влияют на заболевание пародонта, пока недостаточно известен, но чаще всего, пониженная плотность кости при остеопорозе, рассматривается как фактор предрасположенности к повышенному ее разрушению, вызванной пародонтальной инфекцией.

Немаловажное значение имеет период менопаузы, при котором происходит разрушение тканей пародонта и образование пародонтальных карманов. Особенно данные изменения наиболее ярко проявляются у курящих пациенток, что подтверждает гипотезу факторности – остеопороз и курение – причина разрушения кости и образования пародонтальных карманов.

Таким образом, тактика ведения данной категории пациентов, является важной задачей как для стоматологов, а восстановление гормонального статуса – врачей-эндокринологов.

Соболева А.А., Чайковская И.В., Кондратьев П.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАРОДОНТА ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ

На сегодняшний день, по данным комитета экспертов ВОЗ, остеопороз занимает 4-е место по социально-экономической значимости после сердечно-сосудистых заболеваний, онкологической патологии и сахарного диабета.

Данное заболевание встречается в 4 раза чаще у женщин, чем у мужчин. При этом наиболее высок удельный вес остеопатий в пре- и постменопаузе, составляющих 10% от всей популяции женщин.

Основным фактором, определяющим развитие остеопороза в пре- и постменопаузе является дефицит эстрогенов, обусловленный возрастным угасанием функции яичников. Однако, несмотря на гипофункцию яичников у любой женщины данной возрастной группы, не у всех из них развиваются остеопения и остеопороз.

Эпидемиологические исследования показывают, что у 3 из 4 женщин в пременопаузе мине-

ральная плотность костей сохраняется и данная статистика подтверждает необходимость дальнейшего изучения вопросов патогенеза остеопороза.

В настоящее время недостаточно идентифицированы факторы, определяющие развитие остеопении в пре- и постменопаузе.

Особый интерес у врачей-стоматологов вызывает остеопороз – системное заболевание характеризуется прогрессирующим снижением костной массы в единице объема кости по отношению к нормальному показателю у лиц соответствующего пола и возраста, нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к повышенной хрупкости костей и увеличению риска их переломов от минимальной травмы и даже без таковой. Развитие методов диагностических исследований и появление возможности количественно измерять костную массу

в различных отделах скелета, позволили более четко разграничить понятия «остеопения» и «остеопороз». Снижение костной плотности на 1-2,5 стандартных отклонения от нормативных показателей пика костной массы расценивается как остеопения, а более чем на 2,5 стандартных отклонения – как остеопороз. Остеопения не имеет собственных клинических проявлений, однако низкая минеральная плотность костной ткани является одним из наиболее очевидных значительных и, что немаловажно, предотвратимых факторов риска остеопороза и связанных с ним переломов.

По проблеме постменопаузального остеопороза, высказано достаточное количество гипотез: системный остеопороз распространяется на челюсти и делает ткани пародонта восприимчивыми к инфекционному разрушению, также высказано предположение о существовании обратной связи – выявление высокой частоты системного остеопороза при пародонтите, другие

исследования свидетельствуют о том, что корреляционная связь между пародонтитом и остеопорозом не установлена.

Если раньше считалось, что проблемой остеопороза должны заниматься травматологи, то на сегодняшний день остеопороз в пре- и постменопаузе – проблема многих смежных медицинских специалистов. Поэтому изучение данной патологии стоматологами, на наш взгляд, внесет определенный вклад в решение проблемы остеопороза.

Большой интерес представляют вопросы изучения связи остеопороза у женщин пре- и постменопаузального возраста с особенностями стоматологического анамнеза.

Идентификация факторов риска остеопороза у женщин пре- и постменопаузального возраста, ранняя диагностика и своевременные меры диагностики и профилактики, позволят внести вклад в улучшение обслуживания женщин старшей возрастной группы.

Соболь А.С., Колчин Ю.Н.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» г. Луганск, Украина (ЛНР)

ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности применения мельдония у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

В исследование было включено 40 больных с наличием инфаркта миокарда в анамнезе, клиническими признаками ИБС и артериальной гипертензии. Пациенты были разделены на 2 группы. Больным 1 основной группы (n=20) в комплексное лечение включали мельдоний в дозе 1000 мг в сутки в течение 12 недель. Больные группы контроля -2-я группа (n=20 чел) получали только базисную терапию. Все больные в качестве базисной терапии получали статины, бета-адреноблокаторы, дезагреганты и ингибиторы АПФ. В качестве основного антиангинального препарата назначались нитраты.

При клиническом обследовании больных выясняли общие и типичные для ИБС жалобы, анамнез заболевания, наличие наследственной отягощенности, факторы риска, сопутствующую патологию. Больным была проведена электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ).

У пациентов обеих групп на фоне проводимой

терапии наблюдали положительную клиническую динамику. У больных первой группы применение мельдония приводило к значительному уменьшению клинических проявлений ИБС, существенному снижению систолического и диастолического АД у больных с сопутствующей артериальной гипертензией. В обеих группах больные отметили улучшение общего самочувствия, постепенное уменьшение одышки и отеков и, повышение толерантности к физической нагрузке. Однако, клинический эффект в основной группе с мельдонием отмечался раньше (на 4-е сутки), чем в контрольной группе (на 7-е сутки). Анализ сравнительной оценки параметров гемодинамики показал изменение данных показателей в обеих группах. Так, в основной группе произошло уменьшение ЧСС со $78 \pm 5,05$ в минуту до $67 \pm 3,07$ в минуту через 12 недель и в контрольной с $76 \pm 6,01$ до $69 \pm 2,25$ соответственно. В результате проведенного нами исследования было выявлено, что через месяц от начала лечения препаратом мельдоний наблюдалось снижение систолического АД с $167,5 \pm 1,5$ мм. рт. ст. до $148,8 \pm 1,3$; диастолического АД с $111,2 \pm 1,2$ до $98,5 \pm 1,4$ мм. рт. ст.; через 3 месяца САД снизилось до $131,4 \pm 1,3$ мм. рт. ст. и ДАД до $88,7 \pm 1,3$

мм. рт. ст. Наблюдалась положительная динамика показателей ЭКГ в обеих группах. Более выраженные позитивные изменения показателей ЭКГ были обнаружены у больных, получивших мельдоний.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что препарат мельдоний на фоне комплексного лечения в 56% случаев положительно влиял на клиническую симптоматику у больных

с хроническими формами ИБС. Улучшение качества жизни отметили 30% больных

Таким образом, у больных ИБС на фоне терапии мельдонием в дозе 500 мг/сут. отмечался положительный клинический эффект, что проявилось значительным уменьшением клинических проявлений ИБС по сравнению с больными, получавшими стандартную терапию без включения мельдония.

Совпель О.В., Красноштан В.В., Попович Ю.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский онкологический центр» им. профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ ПО СХЕМЕ СР С ДОБАВЛЕНИЕМ БЕВАЦИЗУМАБА В РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ

Рак яичников – одна из наиболее частых злокачественных гинекологических опухолей, занимает 6-е место в структуре смертности от рака у женщин в России и ДНР, 50% всех случаев заболевания приходится на возраст старше 65 лет. В связи с этим продолжается поиск эффективной и менее токсичной комбинации полихимиотерапии за счет модификации режимов и использования сопроводительной терапии.

Цель исследования: изучить эффективность и токсичность лечения, при назначении блокаторов VEGF-A, VEGF 1-3 и ангиопоэтин/Tie2 в комбинации с полихимиотерапией в первой линии в лечении распространенного рака яичников.

Материалы и методы: в исследование включены 114 женщин с аденокарциномой яичника III – IV стадий по классификации TNM/FIGO (2009-10). Все аденокарциномы были верифицированы гистологически или путем иммуногистохимического анализа (гистологически у 70% пациенток диагностирована серозная аденокарцинома, GIII – IV. Средний возраст женщин составил 60,0 лет, больных с IV стадией было около 25% в каждой из исследуемых групп. Пациентки были распределены на 3 группы в зависимости от схемы проведенного лечения: СР + плацебо (6 курсов), СР + BEV (6 курсов), СР (6 курсов) + BEV (18 курсов). Оценены ближайшие и отдаленные результаты: непосредственная эффективность и токсичность лечения, общая 5 – летняя выживаемость (ОВ), время до прогрес-

сии (ВДП).

Результаты: При оценке ОВ без прогрессии, было отмечено, что нет существенных различий в ОВ без прогрессии среди пациенток всех групп: в группе контроля ОВ составила 41,1 месяц, в группе получавших ПХТ по схеме СР + таргетная терапия бевацизумабом (6 курсов) – 40,8 месяца и в группе получавших ПХТ по схеме СР + 18 курсов терапии бевацизумабом – 43,4 месяца (p- 0,34)

Анализ ОВ без прогрессии среди пациенток с IV стадией заболевания позволил получить несколько другие результаты: медиана ОВ без прогрессии в контрольной группе составила 32,6 месяцев, что сопоставимо с группой пациенток получавших стандартную схему ПХТ по схеме СР + таргетная терапия бевацизумабом (6 курсов) – 34,5 месяцев, но, при этом, ОВ без прогрессии в группе получавших ПХТ по схеме СР + 18 курсов терапии бевацизумабом составила 42,8 месяцев (p- 0,34)

Выводы: добавление бевацизумаба в первой линии химиотерапии распространенного рака яичников в течение 18 циклов лечения снижает риск прогрессирования заболевания на 28% по сравнению с только полихимиотерапией, позволяет добиться значимого увеличения выживаемости без прогрессирования (ВБП) при IV стадии заболевания: на 31,2% по сравнению с группой контроля и на 24,5% по сравнению с применением бевацизумаба в течение 6 курсов.

Совпель О.В., Румянцева И.В., Совпель И.В., Заика А.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В.Бондаря, Донецк

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭЗОФАГОЕЮНОАНАСТОМОЗА

Введение: основным методом лечения рака желудка остается операция, в частности гастрэктомия, ухудшающая послеоперационное качество жизни больных.

Цель исследования: оценить и сравнить качество жизни больных, перенесших гастрэктомию, с последующим формированием различных способов пищеводно-кишечного соустья: группа больных с ручным анастомозом по Бондарю с группой больных со степлерным пищеводно-кишечным анастомозом.

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы 185 историй болезни больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака. Пациенты разделены на 2 группы: в 1-й группе (n=163) на реконструктивном этапе сформирован ручной пищеводно-кишечный анастомоз по Г.В.Бондарю, во 2-й группе (n=22) – пищеводно-кишечный аппаратный анастомоз. Оценка качества жизни пациентов проводилась с помощью опросника EORTC QLQ модуль STO22 до хирургического вмешательства, через 1; 3; 6 мес., 1 год после операции.

Результаты: Качество жизни пациентов после гастрэктомии в группе больных с мануаль-

ным анастомозом достоверно выше в сравнении с группой больных с аппаратным методом соединения. Значение индекса через 1 мес. после операции в группе мануального анастомоза $77,5 \pm 5,2\%$, в группе с аппаратным анастомозом – $71,4 \pm 3,5\%$; спустя 3 мес. – $78,3 \pm 1,5\%$ и $70,5 \pm 5,1\%$; спустя 6 мес. – $74,3 \pm 4,2\%$ и $68,2 \pm 4,2\%$ в группах ручным и аппаратным способом соответственно. Спустя год после гастрэктомии показатели следующие: в группе пациентов с ручным способом выполнения анастомоза средний балл составил $71,1 \pm 7,2\%$, в группе механического анастомоза – $67,1 \pm 3,3\%$.

Заключение. Используя в работе опросники EORTC QLQ-C30 модуль STO22 мы доказали преимущество формирования ручного пищеводно-кишечного соустья над степлерным анастомозом при реконструкции желудочно-кишечного тракта после гастрэктомий по поводу рака. Об этом свидетельствуют данные, полученные в периоды: 1 мес., 3 мес., 6 мес. и 1 год, и которые составили $79,3 \pm 1,5\%$ и $64,2 \pm 1,8\%$ в группах сравнения описанных выше, соответственно.

Соколов И.В., Юркевич В.В.

ФГБОУ ВО (Сибирский государственный медицинский университет) Минздрава России, г. Томск

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель работы. Изучение возможности, преимуществ и результатов лечения минно-взрывной травмы конечностей на этапах медицинской эвакуации при применении микрохирургических технологий.

Материал и методы. Работа выполнена на основании анализа результатов лечения 4931 раненого с повреждениями анатомических структур конечностей в сочетании с обширными глубокими дефектами покровных тканей, полученными в результате взрывных и минно-взрывных ранений и травм. На этапе оказания специализированной медицинской помощи повторно выполнены 1641 (31,6%) первичная и вторичная хирургическая обработка костно-мышечных

ран. В том числе проведено 498 (30,4%) операций с применением микрохирургических технологий (свободные и несвободные пересадки кровоснабжаемых комплексов тканей с применением микрохирургической техники) в сочетании с управляемым внеочаговым компрессионно-дистракционным остеосинтезом по методу Г.А. Илизарова с последующим восстановительным лечением в реабилитационных центрах Министерства обороны (Саки, Фирюза и др.).

Результат. Применение микрохирургических технологий на этапе оказания специализированной медицинской помощи позволило вернуть в строй 12,4% солдат и сержантов и 45% офицеров по сравнению со 100% уволенных военнос-

лужащих рядового и 92% офицерского состава с измененной категорией годности к воинской службе при традиционных методах хирургического лечения. После применения микрохирургических технологий при лечении огнестрельного остеомиелита в течение от 1-го до 7 лет обострения процесса не наблюдалось, а 37,1% восстановили трудоспособность.

Невозможно было выполнить первичную ПХО костно-мышечных ран с применением микрохирургических технологий по условиям медицинской и медико-тактической обстановки. В связи с этим проводилась двухэтапная ПХО ран кисти и стопы и выполнялся ее 1-й этап с последующей первоочередной эвакуацией этого контингента раненых по назначению.

На этапе оказания специализированной медицинской помощи раненым в конечности 2-й этап ПХО костно-мышечных ран или вторичной хирургической обработки костно-мышечных ран при наличии показаний завершался реконструктивно-восстановительными и пластическими операциями с применением

микрохирургических технологий.

Технологии, заключающиеся в микрохирургических пересадках аутотрансплантатов, позволили наиболее полно реализовать принципы: «сберегательной хирургии», введенный Н.И. Пироговым (1855 г.), и «сберегательной первичной хирургической обработки костно-мышечной раны», предложенный С.С. Ткаченко, В.С. Дедушкиным и А.А. Артемьевым при оказании ранней специализированной хирургической помощи, когда нередко после длительного безуспешного хирургического лечения единственным средством к выздоровлению раненных в конечности оставались ампутации их сегментов, т.е. увечные, калечащие операции.

Вывод. В результате внедрения в клиническую практику микрохирургических технологий появилась реальная возможность восстановления функций столь важных органов как кисть, бедро, голень и стопа с последующим возвращением военнослужащих в строй, а пострадавших к трудовой деятельности, повысив качество их жизни.

Соловьева В.А.

ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) Федеральный университет им. М.В. Ломоносова» Архангельск, Российская Федерация

СОДЕРЖАНИЕ И ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Введение. В настоящее время установлена связь распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с недостаточным поступлением в организм человека полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) семейства ω -3 [1]. При этом огромное значение имеет соотношение между ω -6 и ω -3 ПНЖК [2]. Арахидоновая кислота, относящаяся к ω -6 ЖК, дает начало провоспалительным эйкозаноидам и способствует тромбообразованию. Из эйкозапентаеновой (ЭПК) и докозагексаеновой (ДГК) ω -3 ЖК образуются эйкозаноиды других серий с противовоспалительными и антитромботическими свойствами. Указанные изменения состава ПНЖК сыворотки крови могут рассматриваться в качестве скрининговых маркеров выявления нарушений баланса ПНЖК и их значимости в развитии патологии у лиц с синдромом зависимости от алкоголя (СЗА).

Цель. Установить содержание и взаимосвязи ПНЖК у лиц с СЗА.

Материалы и методы. Обследовано 208 мужчин, проживающих в г. Архангельск, ср. возраст $42,3 \pm 1,1$ г, в т.ч. I гр. – 96 чел. – с СЗА второй

стадии; II гр. – 112 чел. – практически здоровые лица (ПЗ). В сыворотке крови определяли общее содержание и суммы ω -3 и ω -6 ПНЖК. Полученные результаты статистически обрабатывались с помощью пакетов прикладных программ Statistica 6.0 и SPSS 20.0 Корреляционный анализ проводили с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмана.

Результаты. У лиц с СЗА наблюдалось снижение содержания антиатерогенных ПНЖК ($p=0,004$) по сравнению с ПЗ. При этом концентрация ω -6 ЖК на 22,12% ($p=0,005$), а ω -3 ЖК – на 37,9% ($p=0,008$) была ниже, чем у ПЗ [3]. Отмечено снижение ω -3 ЖК за счет α -линоленовой (C18:3 ω 3) – на 28% ($p=0,025$), эйкозапентаеновой (ЭПК) (C20:5 ω 3) – на 27,2% ($p=0,046$), докозагексаеновой (ДГК) (C22:6 ω 6) – на 48,51% ($p=0,001$). Снижение содержания ЭПК и ДГК может указывать на уменьшение синтеза противовоспалительных эйкозаноидов и косвенно свидетельствовать о снижении противовоспалительного потенциала сосудистой стенки и приводить к нарушению когнитивных функций. Низкая концентрация ω -6 ЖК обусловлена низким

содержанием линолевой (C18:2 ω 6с) – на 21,7% (p=0,01), дигомо- γ -линоленовой (C20:3 ω 6) – на 50,15,3% (p=0,0001), арахидоновой (C20:4 ω 6) – на 31,75% (p=0,001) ЖК. У наркологических пациентов обнаружены взаимосвязи ω -3 ЭПК с ДГК (r=0,641; p=0,0001), тогда как у ПЗ обнаружены корреляции линоленовой ЖК с образующими из нее с ЭПК (r=0,501; p=0,0001) и ДГК (r=0,496; p=0,0001). Следовательно, низкое содержание ЭПК и ДГК у лиц с СЗА может быть связано с недостаточным их поступлением с пищей и нарушением процессов образования из незаменимой линоленовой кислоты.

У ПЗ лиц выявлены корреляции ω -6 линолевой кислоты с образующейся из нее гамма-линоленовой (r=0,724; p=0,001), а затем арахидоновой C20:4т6 (r=0,333; p=0,0001), что также свидетельствует о достаточной активности ферментов. У лиц с СЗА отмечены сильные корреляции линолевой ЖК с арахидоновой C20:4т6 (r=0,708; p=0,0001). Синтез ЭПК, ДГК и арахидоновой кислот у больных СЗА может быть нарушен в связи с замедлением процессов десатурации (образование двойных связей) и элонгации (удлинение углеродной цепи) [4].

Соловьева Е.П.

Республиканский Наркологический Центр

ПСИХОЛОГИЯ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ

Причины

В нашем обществе существует мнение, что домашнее насилие в современном мире – это редкость. В современных семьях насилия нет, общество шагнуло далеко вперед в своем развитии, а жестокость, как пережиток бескультуры осталась в прошлом веке. На самом деле – это миф, во всех развитых странах юристы, специализирующиеся на современном праве, считают, что домашнее насилие занимает одно из первых мест среди преступлений против личности, но в официальные сводки доходит лишь малая часть реальной информации.

Существует ряд причин, по которым в современных семьях возникает абьюз (как физическое, так и психологическое насилие). Я, как специалист в области аддиктивного поведения, чаще всего сталкиваюсь в своей работе с жертвами домашнего насилия на почве распространенного в обществе алкоголизма, наркомании (почти половина мужчин, оказывающих домашнее насилие, имеют проблемы с алкоголем. Особенно в нашем регионе, большая часть мужского населения стала участником боевых действий,

Таким образом, низкое содержание у наркологических больных ПНЖК – предшественников эйкозаноидов разнонаправленного действия возможно в связи с недостатком в пище незаменимых линолевой и линоленовой ЖК и нарушением образования из них последующих ЭПК, ДГК и арахидоновой ЖК.

Литература:

1. Васильев А. П., Стрельцова Н. Н. Омега-3 – жирные кислоты в кардиологической практике // *Consilium Medicum*. – 2017. - № 19 (10). - 96-104

2. Зайцева Л. В., Нечаева А. П. Баланс полиненасыщенных жирных кислот в питании // *Пищевая промышленность*. – 2014 – №11. – С. – 56-59.

3. Соловьева В.А., Лейхтер С.Н., Соловьева Н.В., Бичкаева Ф.А., Ишеков Н.С., Соловьев А.Г., Медведева В.В. Содержание полиненасыщенных жирных кислот у больных с синдромом зависимости от алкоголя // *Наркология*. – 2019. - №8. - С. 53-60

4. Титов В.Н. Олеиновая жирная кислота. Олеиновые, линолевые и линоленовые липопротеины низкой плотности // *Клиническая лабораторная диагностика*. - 2006. - №6. - С.3-13

прошла через ранения, контузии, смерти боевых товарищей. На фоне пост стрессового синдрома, спасением является алкоголь, а с учетом пережитого формируется патологическая форма опьянения, при которой человек утрачивает контроль за свои действия, амнезия и, как следствие выплеск агрессии в сторону близких. Еще одной из внешних причин насилия можно назвать кризис морали в обществе в целом, культ жестокости пропагандируемый в обществе. Немаловажно и влияние СМИ, постоянно демонстрирующих сцены насилия над личностью, картины террористических актов, акты вандализма, садизма. Кризис культуры, как неминуемый этап современного положения дел во всем мире. Не стоит забывать и о внушаемых с детства интроектах (стереотипах) – «Бьет – значит, любит!», «Бьют всех», «Пощечины и удары никогда не могут ударить серьезно» и т.д. Традиционный взгляд на положение женщин, мужчин и детей, в котором подчеркивается, что мужчина – абсолютный глава семьи, который наделяется «исключительными» полномочиями

Помимо внешних факторов формирования

подобного рода поведения, огромную роль играют внутренние особенности конкретно взятого человека. Как пример, копирование модели взаимоотношений родителей, стресс полученный в детском возрасте, в случае взросления в деструктивной семье. Высокий процент мужчин, склонным к насилию, были свидетелями агрессивного поведения отца по отношению к матери. Мы все впитываем опыт детско-родительской семьи, это становится частью нас, переходит в действия на уровне поведенческих реакций. Часто человек может «отыгрывать» на своем партнере недостаток любви, неполученной в детстве. Это становится причиной внутренней агрессии. Зачастую так происходит в случае развода или смерти одного из родителей. Формируется, так называемый страх потери партнера. Внутренняя обида, полученная в раннем возрасте выплескивается на партнера в собственной взрослой семье.

Немаловажную роль играют характерологические особенности. Врожденное стремление к власти, контролю. Зачастую неоправданные ожидания мужчин о своем «могуществе» формируют внутреннюю неуверенность и тогда тираническое поведение, насилие, тотальный контроль дают мнимую возможность исключить соперников.

Низкий образовательный и культурный уровень, сложное экономическое положение (особенно – «квартирный вопрос», наличие финансов) приводит к дополнительному напряжению в семье. К примеру мужчина декларирует себя главой семьи, а на деле не справляется со своими обязанностями (финансовыми, сексуальными), единственным способом подтвердить свой «статус» оказывается демонстрация своего превосходства за счёт физического воздействия.

Ссоры и конфликты действительно могут присутствовать в семейных отношениях. Однако рукоприкладство является неприемлемым и характерно для людей, у которых имеются психологические и социальные проблемы, при чем, независимо от уровня их доходов или образования. Помочь этим семьям вполне реально, если не закрывать на проблему глаза.

Почему женщины терпят домашнее насилие?

Чаще всего ответ в детстве жертвы. Женщина может стерпеть все, что было в ее семье, т.е. если было много физического насилия в семье, то в дальнейшем это воспринимается жертвой, как норма. Помимо детско-родительского сценария, существует еще целый ряд причин, из-за которых женщины готовы терпеть домашнее насилие. Во-первых, это страх, боязнь остаться одной, «я никого себе больше не найду» – стереотип нашего социума о том, что женщина без

пары неполноценна, «разведенка-неудачница». Еще один страх – это остаться одной с детьми на руках, не справиться с трудностями. Разрушить семью, «лишить детей отца» в классической форме нашего научения. Несмотря на то, что доказано насколько травматичные и токсичные последствия получают дети, находящиеся в семьях, где присутствует домашнее насилие. Часто женщина-жертва лишена какой-либо поддержки извне, т.к. тщательно скрывает реальное положение вещей, из-за всепоглощающего стыда и чувства вины, которое годами формируется, так называемый «синдром жертвы». Многие из жертв готовы терпеть, т.к. не умеют жить самостоятельно, с детства подверглись гиперопеке и всегда привыкли на кого-то рассчитывать. Еще одна из причин это созависимость. Т.е. жертва настолько привязана к своему партнеру, что просто напрочь отказывается увидеть проблему.

Какие психотипы

Как правило жертвами насилия становятся женщины для которых самопожертвование – норма жизни. Такие женщины самореализуются отдавая себя другим людям. Для них очень важно выглядеть в глазах общества во всех моментах положительным человеком. На самом деле они крайне неуверены в себе, в своих силах, возможностях. Присуща вера в безнадежность в плане изменения сложной ситуации в своей жизни. Стигматизация в детстве – «Золушка», «Ни на что не способная», «Клуша» и т.д. Слабость желаний быть независимым человеком. Чаще причиной этой особенности является гиперопека в детстве, но вполне возможно появление этого качества в виде компенсации в детстве излишней самостоятельности и в результате подсознательного желания женщины опереться на «сильное мужское плечо».

Самооценка, как правило, нестабильная, требующая постоянного подтверждения своей «хорошести», уникальности, красоты, которое женщина часто получает на первых этапах знакомства и ухаживания от мужчины. Часто потом данным же мужчиной, самооценка партнерши, жены, постепенно методично занижается для максимального контроля над ней и над ситуацией. Для женщины-жертвы успех партнера гораздо важнее своей самореализации. Одной из характеристик является отсутствие умения самостоятельно мыслить. Либо не умение противостоят мнению определенных людей (часто партнера). Склонность к зависимым отношениям с мужчинами, любовной зависимости, не самостоятельности. Нередко при наличии хорошего образования, страх перед самостоятельной жизнью.

Что мешает дать отпор или просто уйти

Как показывает практика – бежать практически некуда. Я, как психолог, всегда рекомендую своим клиенткам, не терпеть, если один раз ударил – нужно принимать меры, потому что это обязательно повторится если не дать отпор.

Однако дать физический отпор не вариант, т.к. мужчина априори сильнее женщины. В случаях, когда за женщину некому вступиться, самое верное обратиться в правоохранительные органы. Но на самом деле бытовое насилие, или, как говорят сотрудники милиции «бытовуха» крайне редко воспринимается всерьез и делу дается ход. Так, например, в декабре минувшего года Верховный суд РФ внес в законопроект о декриминализации ряда статей УК. Согласно ему больше не будут считаться уголовным преступлением побои на бытовой почве в том случае, если они совершены впервые и не повлекли вреда здоровью. Такой вот карт-бланш.

Что должна знать женщина подвергающаяся насилию

Первое, что должна знать женщина, подвергающаяся насилию, что насилие – это не норма. Оно носит циклический характер и обязательно повторится. Второе, женщина должна твердо знать, что она ни в чем не виновата (т.к. зачастую именно чувство вины удерживает жертву в ситуации насилия). Третье – стыдно должно быть абьюзеру, а не как не жертве. И четвертое, самое важное, обратиться за помощью, к родственникам, друзьям, к специалистам, «бить во все колокола», максимально удалить себя от абьюзера. Женщина должна понимать, что находится в смертельно-опасной ситуации. Цена замалчивания – ее собственная жизнь. Ведь статистика погибших от бытового насилия женщин чрезмерно высока.

Психологическое, экономическое ...другие виды насилия

Зачастую абьюз мы привязываем к домашнему насилию, жертвами которого чаще всего становятся женщины. Однако существуют и иные формы абьюза -психологическое, эмоциональное, финансовое. Эмоциональное насилие может исходить от знакомых, начальников или коллег. Не всегда получается порвать все связи и сбежать из таких отношений – иногда жизнь заставляет сталкиваться с токсичным человеком постоянно. Абьюз опасен не только тем, что от него можно пострадать физически. Любая форма давления сказывается на психике, и не все могут выйти из отношений без потерь. Эмоциональное насилие опасно тем, что его трудно доказать, ведь от него не остаётся видимых следов на теле. Последствия длительного абьюза, это как правило снижение самооценки, потеря чувства собственного достоинства, появление уверен-

ности в собственной никчемности. Со временем жертвы эмоционального насилия погружаются в депрессию, не могут избавиться от постоянного чувства тревожности.

Самостоятельно уйти от абьюзера трудно, и неважно, кем он приходится, партнёром или другом. Но именно уход от таких отношений – лучший способ спасти себя. Для этого не обязательно полностью разрывать дружбу, иногда достаточно сократить общение. Лучше держать абьюзера на расстоянии и не рассказывать ему слишком личные истории. Если преследователь пытается манипулировать, надо ставить рамки: уметь говорить «нет» на просьбы, которые больше похожи на приказ, оберегать личное пространство и открыто говорить о том, что не устраивает в поведении друга. Иногда жертва находится под таким сильным влиянием, что не может сопротивляться. В этом случае лучше обращаться за помощью и прекращать общение с абьюзером, по крайней мере до тех пор, пока не появится способность противостоять эмоциональному насилию. Такое умение вырастает не за один день, и нередко бывшей жертве нужна помощь специалистов-психологов.

Как можно помочь детям-подросткам.

В наш Республиканский наркологический центр органами опеки регулярно направляются на принудительное лечение матери-алкоголички, наркоманки, оказывающие физическое насилие над своими детьми, либо допускающие насилие такого рода со стороны своего «сожителя» Под угрозой лишения родительских прав многие из них добровольно соглашаются на длительную психо-коррекционную работу, которая в большинстве случаев показывает хорошие результаты. Параллельно специальные службы проводят работу с детьми-подростками жертвами домашнего насилия.

Однако не всегда подобного рода насилие имеет под собой подоплеку влияния психоактивных веществ. Зачастую в благополучных с виду семьях, дети подвергаются насилию, как физическому, так и эмоциональному. Задача психологов школьных и дошкольных учреждений диагностировать и выявить наличие этой проблемы. В Медико Психологическом центре (МПЦ) группа профессиональных психологов работают с такими семьями комплексно, с обязательным привлечением родителей. Проводятся, как индивидуальные консультации с каждым из членов семьи, так и семейные. Здесь подростки получают медицинскую, психотерапевтическую и психологическую помощь.

Есть ли в Донецке центры...

К сожалению из-за военных действий большинство подобных центров закрылись, перееха-

ли..Точной информации у меня нет. Однако у нас работает круглосуточная линия психологической помощи, консультируют профессиональные кризисные психологи. Сюда чаще всего и звонят женщины с проблемами в семье.

071 438 89 42.

Так же на территории Донецкой народной республики регулярно проводятся группы-самопомощи для созависимых. Где женщины находят поддержку, делятся свои опытом, опираются на опыт других и находят выход из сложившейся ситуации.

Советы жертвам домашнего насилия

Если вы оказались в такой ситуации:

- обратиться в полицию с целью прохождения судебно-медицинской экспертизы, если имели место побои.

- договориться с соседями, чтобы они вызвали полицию, если услышат крик из квартиры

- спрятать в безопасном, но легкодоступном месте необходимую сумму денег, документы, блокнот с номерами телефонов нужных людей, документы на детей.

- не молчать!!!Сделать первый шаг и преодолеть страх огласки. Рассказать о проблеме родным, друзьям, близким.

- обязательно обратиться к специалисту – психологу.

- проконсультироваться с юристом, который подскажет с чего начать и как правильно подготовиться к решению ситуации.

- найти место куда можно пойти в случае опасности.

И самое важное помните, что Вы у себя есть! Ваша жизнь и здоровье неприкосновенны. Навечно полагать, что Ваш партнер оставит прежние привычки внезапно, раз и навсегда. Привычка – часть личности, а личность не меняется кардинально просто так. Не верьте извинениям, клятвам и обещаниям. Верьте только в искренние просьбы о помощи абьюзера, а именно готовность и желание пройти курс коррекционной психотерапии индивидуально, а так же курс совместных семейных консультаций.

Соловьева М.А., Альмешкина А.А., Мельниченко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛЕКСИТИМИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Алекситимия, согласно определению П. Сифнеоса (1973), (в дословном переводе: «отсутствие слова для эмоции») – «ограниченное способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче», что является важным предиктом развития психосоматических заболеваний. В связи с этим, актуальным является вопрос дальнейшего изучения особенностей эмоциональной сферы алекситимичной личности.

Нами был проведен анализ данных учебных материалов кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДОННМУ им. М.Горького, полученных в результате выполнения студентами четвертого курса ряда психологических методик под руководством коллектива преподавателей кафедры. Были изучены результаты, полученные у 430 студентов.

При проведении исследования использовались следующие методики: Торонтская Алекситимическая Шкала ((TAS, G.J. Taylor, 1985) адаптация института им. В. М. Бехтерева), Тест – опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда «Методика изучения акцентуаций личности» (1970), методика самооценки Ч.Д.Спилберга – Ю.Л.Ханина (1978), методика дифференци-

альной диагностики депрессивных состояний В. Зунге (Zung self-rating depression scale, 1965, адаптация Т. И. Балашовой, 1998).

Алекситимичный тип в процессе анализа данных был выявлен у 54 студентов, из них 43 (79,6±5,5%) девушки, 11 юношей (20,4±5,5%). Согласно полученным данным, среди алекситимичных личностей высокий удельный вес лиц с акцентуациями характера, свидетельствующими о наличии выраженных эмоциональных реакций, эмоционального проживания ситуаций. Наиболее представленными среди данного контингента были: экзальтированный тип, выявленный у 13 человек (24,1±5,8%), гипертимный тип – у 11 (20,4±5,5%) респондентов и циклотимный тип – у 4 (7,4±3,6%). Эти показатели были выше, чем у лиц с неалекситимичным типом личности, среди которых гипертимный тип был представлен у 47 человек (18,4±2,4%), экзальтированный тип – у 21 студента (8,2±1,7%), эмотивный – у 17 студентов (6,7±1,6%).

Аналогичные данные были получены в группе лиц, имеющих алекситимические тенденции: наиболее представлен среди них, был экзальтированный тип – 26 (20,3±3,6%) участников, гипертимный – 10 (7,8±2,4%).

Обращал на себя внимание, также факт повышения среди студентов алекситимичного типа личностной тревожности – 19 (35,2±6,5%) обследуемых, причем, преобладающим контингентом были девушки – 17 (31,5±6,3%), и депрессии – 13 (24,1±5,8%) студентов.

Данные результаты, с нашей точки зрения, могут быть обусловлены тем, что у более эмоциональных людей, с большей эмоциональной чувствительностью и выраженностью эмоциональных реакций, преобладает компонент «проживания» эмоции, как комплекса психоэмоциональных реакций, что не всегда отслеживается, осознается и рефлексивируется. При этом каждая эмоция соответствует сложному комплексу нейроморальных, биохимических и нейрофизио-

логических изменений, приводящих к изменениям на соматическом уровне, что приводит к тому, что на начальном этапе доминанту в этом комплексе берет на себя сома. Этот момент обязательно должен быть учтен при формировании психолого-педагогических мероприятий при работе с обучающимися. Актуальным является формирование активной исследовательской позиции студентов при выполнении психологических методик, стимуляция к развитию саморефлексии и рефлексии, активного подхода в понимании и принятии себя и других. Данные моменты будут способствовать как сохранению здоровья и качества жизни обучающихся, так и позволят им быть более успешными в их профессиональной деятельности.

Солопов М.В.¹, Турчин В.В.¹, Жихарев Д.В.², Попандопуло А.Г.¹, Фисталь Э.Я.¹, Бурховецкий В.В.⁴, Глазунова В.А.⁴, Кондрусь М.С.³, Борjak М.Л.⁵

¹Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, ДНР;

²Клиническая Рудничная больница, Макеевка, ДНР;

³ООО «ЗД-Техно», Донецк, ДНР;

⁴ГУ «Донецкий физико-технический институт им. А.А. Галкина», Донецк, ДНР;

⁵Республиканский травматологический центр, Донецк, ДНР

ПОЛИКАПРОЛАКТОН – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ТКАНЕВОЙ ИНЖЕНЕРИИ

Искусственным материалам в тканевой инженерии отведена существенная роль. С помощью них можно создавать тканевые основы с высокими прочностными и эластическими характеристиками, при этом биосовместимые и биодеградируемые. Среди таких материалов наиболее изученным, проверенным и клинически перспективным является поликапролактон (ПКЛ). Благодаря своим физико-химическим свойствам, ПКЛ пригоден для разных методов формирования тканевых основ (скаффолдов), таких как электроспиннинг, 3D-печать и др. Данный материал чаще всего применяют для протезирования костной ткани, изготовлении кожных и сосудистых тканевых эквивалентов. Для получения жизнеспособной тканевой конструкции необходимо формирование адгезивных связей между клеточными компонентами и скаффолдом. В данном исследовании мы оценивали способность к адгезии фетальных фибробластов человека (ФФЧ) к ПКЛ-матриксу, полученному методом 3D-печати, а также оценивали жизнеспособность и метаболическую активность адгезированных клеток.

ПКЛ-матрикс был получен с помощью 3D-печати методом послойной укладки полимера под разными углами в горизонтальной плоско-

сти. Полученный многослойный блок размером 10*10*25 мм имел ячеистую структуру (толщина нити 150 мкм). На поверхность блока наносили 200 мкл клеточной суспензии в концентрации 1 млн/мл в ростовой среде DMEM/F12 с 10% ФТС и инкубировали в течение 2 ч в CO₂-инкубаторе при стандартных условиях. Затем блоки переносили в ростовую среду для дальнейшего культивирования. Чтобы избежать миграции клеток, блоки располагали на вазелиновой подложке. В работе были использованы ФФЧ 5-го пассажа. Жизнеспособность адгезированных ФФЧ оценивали методом с витальным красителем рессазурином в течение 4 дней. Срезы образцов для микроскопического исследования окрашивали по методу Гимза. В качестве дополнительного метода визуализации адгезированных к матриксу клеток использовалась сканирующая электронная микроскопия.

В результате исследования удалось установить, что ФФЧ успешно адгезировали к ПКЛ-матриксу. Уровень жизнеспособности и метаболической активности линейно увеличивался, и на 4-й день был более чем в 2 раза выше, по сравнению с первым днём культивирования. Таким образом, мы подтвердили биосовместимость ПКЛ и его перспективность для применения в клинике.

Сотник Ю.А., Чебалина Е.А., Салоникиди А.И., Паниева Д. С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

DELFTIA ACIDOVORANS КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ЧЕЛОВЕКА

В практике врача при обследовании пациентов с различными очагами воспаления используется бактериологическое исследование биологических материалов для выделения возбудителей заболевания. Среди большого количества наиболее распространенных бактерий, выделяются такие, которые очень редко встречаются при обследовании больных. К ним относится и *Delftia acidovorans*.

С этим возбудителем столкнулись врачи офтальмологи ИНВХ. В марте 2020 года в отделение поступил больной с жалобами на потерю зрения со стороны левого глаза. Зрение начало ухудшаться после травмы глаза, полученной несколько месяцев назад. При обследовании пациента выявлена регматогенная отслойка сетчатки левого глаза. Было произведено эписклеральное пломбирование. Во время операции на сетчатке были обнаружены бугристые образования желтоватого цвета. При бак. исследований смывов, сделанных с сетчатки была обнаружена *Delftia acidovorans*, чувствительная к сульфаниламидам, ко-тримаксазолу, тетрациклину, хлорамфениколу, карбенициллину, ципрофлоксацину. В информационных источниках встречаются единичные упоминания о выделении этой бактерии у пациентов: врач терапевт – из бронхиального лаважа; отоларинголог – в мазках из ротоглотки. В каждом случае речь шла об иммунокомпетентных больных.

Delftia acidovorans грамотрицательная бактерия, которая относится к так называемым нефер-

ментирующим бактериям (НФБ). род *Comamonas*, *Proteobacteria* родственная *Pseudomonas*. Способность бактерий рода *Comamonas* выживать в объектах внешней среды: пробах воды, почвы, растениях, во влажных условиях госпитальной среды и на медицинском оборудовании, культуральные признаки: оптимальный рост при температуре 37°C, способность к понижению нитрата и ассимиляции глюконата позволяет считать их условно-патогенными микроорганизмами. Ранее относилась к редко выделяемым из крови, мочи, содержимого ран, бронхиального секрета. Роль в патологии человека до конца не изучена.

Интересным фактом является способность *Delftia acidovorans* к биоминерализации. Группа канадских ученых обнаружила новый механизм нейтрализации бактериями токсичных для них ионов золота. Оказалось, что бактерии *Delftia acidovorans*, обитающие на поверхности золотых самородков, выделяют специальное вещество, переводящее ионы золота из раствора в частицы металлического золота. Это вещество – пептид дельфтибактин – избирательно связывается с ионами золота даже если в среде обитания бактерий много ионов других металлов. Бактерии *Delftia acidovorans* выделяют дельфтибактин во внешнюю среду, в результате чего золото образуется вне клетки. Есть предположение, что бактерия *Delftia acidovorans* играет какую-то роль в образовании вторичных отложений золота, например, в реках.

Сотников А.Г.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ / ВГС И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА

В настоящее время остается актуальным вопрос о выборе тактики ведения беременных с ко-инфекцией ВИЧ / гепатит С (ВИЧ / ВГС). Быстрая и постоянная мутация ВИЧ-инфекции является причиной в формировании хронического процесса. Необходимо раннее выявление различных акушерских осложнений у беременных при

отсутствии клинических проявлений инфекции. Своевременное проведение профилактических мероприятий улучшает перинатальные исходы.

Цель настоящего исследования было изучение состояния особенностей течения беременности у беременных с ко-инфекцией ВИЧ / ВГС и состояние плода.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 115 беременных из которых 85 с ко-инфекцией ВИЧ / ВГС, 45 беременных – составили основную группу, 40 – группу сравнения и 30 – условно здоровых беременных, вошедших в контрольную группу. У всех обследованных беременных определяли биохимические показатели крови (билирубин, глюкозу, общий белок, альбумин, щелочную фосфатазу (ЩФ), АсАТ и АЛАТ).

Результаты и обсуждение. В основной группе обострение инфекционного процесса было у 70% пациенток: пиелонефрит был у 39%, ОРВИ у 23%, в строке 9-17 недель, у 27% был кольпит. В группе сравнения обострение инфекционного процесса было у 77%: пиелонефрит – у 49%, ОРВИ – у 34%, кольпит – у 49%.

В процессе исследования были выявлены некоторые закономерности состояния плода у беременных с ко-инфекцией ВИЧ / ВГС. Так многоводие отмечалось у 10 (22,2%) в основной группе, у 6 (15%) в группе сравнения и у 1 (3,3%) в контрольной группе. Маловодие у 12 (26,7%), 10 (25%), и 0 соответственно. Дистресс плода в последние месяцы беременности был диагностирован с помощью кардиотокографии в основной группе у 10 (22,2%), сравнение у 7 (17,5%), в контрольной у 1 (3,3%). Чаще всего эти осложнения были у беременных с анемией: в основной группе у 6 (13,3%), сравнения у 9 (22,5%), контрольной у 2 (6,7%). Задержка развития плода по данным УЗИ на 1-3 неделе диагностирована в основной группе у 5 (11,1%), сравнения у 4 (10%), в контрольной данной патологии не было.

Сотников А.Г.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ / ВГС

В данный момент нет единого отработанного алгоритма профилактики течения беременности с ко-инфекцией ВИЧ / ВГС и состояния плода. Необходимо детальнейшее изучение факторов риска и разработка профилактических мероприятий.

Цель настоящего исследования – оценить состояние новорожденных от матерей с ко-инфекцией ВИЧ / ВГС.

Материалы и методы. Обследовано 54 ребенка от матерей с ко-инфекцией ВИЧ / ВГС. Обра-

Для оценки состояния плода в III триместре беременности проводилось доплеровское исследование кровотока в пуповинной артерии. Измерение систоло-диастолического отношения S / D во время записи спектрального доплеровского сигнала пуповинной артерии позволило получить информацию о величине сосудистого давления плаценты, которые являются дистальными в отношении к пупочной артерии. В нашем исследовании значение S / D было повышенным у всех беременных с ко-инфекцией ВИЧ / ВГС.

При антенатальном обследовании состояния плода и ФПК с помощью изучения КТГ, УЗИ и биофизического профиля плода, дистресс плода со снижением адаптационных возможностей ФПК определялся у 6 (13,3%) беременных основной группы, 4 (10%) – группы сравнения, в 1 (3,3%) случае в контрольной группе. У 15 (50%) беременных контрольной группы состояние плода оценивалось в 7-10 баллов у 21 (46,7%) основной группы и 26 (65%) группы сравнения, суммарный балл был 5-6, что потребовало повторных осмотров.

При УЗИ выявлено в разные сроки регистрации с 22 до 38 недель преждевременное созревание плаценты в основной группе у 21 (46,7%), сравнения – у 24 (60%), контрольной в 1 (3,3%). Кальцификаты в основной группе выявлены у 21 (46,7%), сравнения у 23 (57,5%). В основной группе задержка роста плода было у 18 (40%), у 19 (47,5%) группы сравнения.

Выводы. Таким образом, при проведенных данных следует, что ко-инфекция ВИЧ / ВГС не остается бесследной для течения беременности и состояния плода.

щали внимание на акушерско-гинекологический анамнез, изучали состояние ФПН по УЗИ и КТГ, а также биохимические показатели крови.

Результаты и обсуждение.

Симптомы дезадаптации выявлены у всех новорожденных. Признаки патологии в периоде новорожденности выявлены у 68,5±6,3% этих детей. Отмечен высокий уровень (18,5±5,2%) рождения недоношенных детей, с задержкой внутриутробного развития (27,7±6,0%), перинатальным поражением центральной нервной си-

стемы (29,6±6,1%). У 7,4±3,4% детей выявлена анемия, у 5,5±3,0% – затянувшаяся конъюнкционная желтуха. На первом году жизни отмечена высокая частота (46,3±6,7%) простудных заболеваний.

У 8 детей пальпировали нижний край печени (+1,5-2,5 см из-под края реберной дуги), спленомегалия (+ 0,5-1см) выявлена у 2 детей. Диспепсический синдром (срыгивание, рвота, неустойчивый стул, снижение аппетита) отмечен у 4 из 8 детей, симптомы интоксикации (повышение температуры тела до субфебрильных цифр, вялость) – у 3 детей. Эти симптомы были непродолжительны (4,1±0,7 дня). Изменения биохимических показателей крови выявлены у 7 из 8 детей, которые нормализовались к 9-12 месяцам жизни. При этом минимальная и низкая активность АЛАТ отмечена у 6 детей (107,1±18,2 ЕД/л), умеренная – у одного (222,7 ЕД/л).

При обследовании этих детей серологическими методами анти-ВГС выявляли при рождении с последующим снижением их концентрации к 6 месяцам жизни. В острую фазу болезни определяли антитела к структурным белкам вируса гепатита С, а в период ранней реконвалесценции – в низком титре антитела к неструктурным белкам вируса (в том числе NS4). В дальнейшем (с 9-10 месяцев жизни и до конца наблюдения) отмечено постепенное нарастание концентрации титров

антител к структурным и неструктурным белкам ВГС. Средние титры анти-ВГС к структурным белкам (сor) колебались от 9,6±3,0 оптической. ед. в 0-5 месяцев до 21,5±0,5 в 43-54 месяца. Средние титры анти-НСV к неструктурным белкам вируса колебались к NS3 от 5,1±2,5 оптической. ед. в 0-5 месяцев до 18,6±6,0; к NS4 – 2,8±2,2 до 20,9±6,0; к NS5 – от 1,9±1,0 до 20,9±6,0. РНК ВГС в ПЦР впервые выявлена в первый месяц у двоих детей, в 2 месяца – у одного ребенка, в 4 месяца и в 12 месяцев – у двоих детей. Таким образом, на основании данных динамического обследования детей на первом году жизни, у 7 из 8 детей было отмечено развитие острого гепатита С.

Особенности сочетанного течения перинатальной ВИЧ / ВГС изучали у двоих детей. Один ребенок наблюдался с периода новорожденности, другой с 2 лет 7 месяцев. У него диагностирована ВИЧ-инфекция в возрасте 6 месяцев, а первично-хронический гепатит С – в возрасте одного года 9 месяцев.

Выводы. Таким образом, состояние новорожденных от матерей с ко-инфекцией ВИЧ / ВГС, обследованных в первые месяцы жизни, в большом количестве случаев выявило патологию, с которой ребенку придется идти по жизни. Поэтому для профилактики необходима разработка лечебно-профилактических мероприятий для беременных.

Сохина В.С., Джоджуа А.Г., Масенко В.В., Максименко О.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПАТОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННАЯ С АНТИТЕЛАМИ К IGLON 5

Актуальность работы «Патология нервной системы, ассоциированная с антителами к IgLON 5» связана с недавней идентификацией этого поражения как отдельной нозологии, серьезными неврологическими нарушениями, приводящими к летальному исходу и отсутствием эффективной терапии

Цель данного обзора – дать представление о текущих знаниях нового неврологического поражения, впервые описанного в 2014 году.

Материалы и методы. Обзор и анализ современных литературных источников, посвященных проблеме патологии нервной системы, ассоциированной с антителами к IGLON 5.

Результаты. IgLON5 – это высоко гликозилированная молекула клеточной адгезии (CAM), состоящая из трех внеклеточных иммуноглобулиноподобных доменов и связанная с плазматической мембраной посредством гликозилфосфа-

тидилинозитола.

Антитела к иммуноглобулинам LON5 вызывают такие тяжелые расстройства как:

1. Нарушение сна с парасомнией и дыхательной недостаточностью;
2. Бульбарный синдром;
3. Синдром схожий с надъядерной офтальмоплегией;
4. Когнитивные нарушения с хореическим гиперкинезом или без него, что в конечном итоге приводит к летальному исходу. Средняя продолжительность жизни пациентов составляла около 32 месяцев, у пациентов обнаружена связь с HLA DRB1*1001 и DqB1*0501 аллелями, а также выявлены гистологические особенности в виде нейродегенерации с отложением гиперфосфорилированного тау-протеина в нервах в области гипоталамуса и покрывке ствола мозга без воспалительных изменений. Несмотря на то, что антител-ассоциированные неврологические заболевания обычно реагируют на иммунотера-

пию, в данном случае ответ на иммунотерапию минимальный, либо отсутствует, что приводит к летальному исходу. Основная терапия является симптоматической, а эффективной этиотропной терапии на данный момент не существует.

Сохина В.С., Масенко В.В., Авсянкина Е.В., Скороход А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕНОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Цель. Оценить эффективность применения препарата L-лизина эсцинат в лечении сосудистых и микроциркуляторных нарушений у лиц разных возрастных групп с венозной энцефалопатией.

Материалы и методы. Проанализирована современная научная литература и клинические исследования, посвященные лечению и реабилитации больных с венозной энцефалопатией.

Результаты. В исследование, проведенным Научным центром неврологии (г. Москва, 2019 г.), были включены 50 пациентов (25 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 25 до 74 лет. В исследование включены пациенты с жалобами, обусловленными венозной церебральной дисциркуляцией (распирающая головная боль диффузного характера, усиливающаяся после пребывания в горизонтальном положении, в душных помещениях, при контрастных изменениях температуры окружающей среды, отечность век и лица после сна, ощущение «песка в глазах», повышенная утомляемость, метеочувствительность, усиление головной боли при приеме алкоголя и ношении тугих воротников). Все больные были разделены на две группы: молодого и среднего возраста (до 59 лет) и пожилого возраста (60-74 года). В первую группу включены 30 человек, во вторую – 20. В группе выделены две подгруппы (больные без гипертонической болезни и с гипертонической болезнью). В I группе применялось внутривенное капельное введение пре-

Выводы. Вышеприведенные данные показывают недостаточное изучение описанной проблемы и диктуют необходимость проведения дальнейших исследований и поиска адекватной терапии данных больных.

парата L-лизина эсцинат в дозе 5мл, медленно, разведенного в 200,0 мл физиологического раствора. Препарат вводился 1 раз в сутки в первую половину дня курсом 10 дней. Во второй группе больные получали стандартное лечение (препараты для поддержания тонуса сосудов – вентоники (троксевазин). диуретики – мочегонные препараты, использующиеся для снижения внутричерепного давления (фуросемид), миотропные спазмолитики, расширяющие сосуды (Ношпа), метаболические средства, усиливающие энергетические процессы в клетках).

В результате проведенного лечения L-лизина эсцинатом, интенсивность головной боли, по данным ВАШ, снизилась в первой возрастной группе до 2,1+1,1 балла, во второй – до 2,3+0,9 балла. При исследовании в динамике, после лечения на фоне снижения индекса периферического сопротивления скоростные показатели улучшились и достигли значений нормы у 85% пациентов I группы. После проведенного лечения, периферическое сосудистое сопротивление уменьшилось незначительно, а скоростные показатели в ОСА, ВСА, ПА достоверно улучшились.

Выводы. Таким образом, L-лизина эсцинат является препаратом с высоким уровнем безопасности и его использование эффективно у пациентов с венозной энцефалопатией всех возрастных групп.

Сохина В.С., Масенко В.В., Бубликова А.М., Скороход А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В ТЕРАПИИ МИГРЕНИ

Цель. Изучить современный взгляд на проблему мигрени и оценить эффективность нефармакологических методов её терапии.

Материалы и методы. В процессе работы были проанализированы и обобщены современные данные 23 статей отечественных и 28 статей

зарубежных исследований, проведенных в период 2015-2019 гг., посвященных эффективным методам терапии мигрени. Метод исследования: информационно-аналитический.

Результаты. Фармакологическую терапию мигрени можно разделить на лечение приступа и превентивное лечение. Обычно лечение начинают с простых анальгетиков и нестероидных воспалительных препаратов; тем не менее, у многих пациентов по-прежнему наблюдаются приступы мигрени, невосприимчивые к различным профилактическим методам лечения и/или лечению мигренозных атак, в то время как у других существует высокий риск развития лекарственно-индуцированной головной боли при злоупотреблении препаратами. В связи с этим большое значение имеют нелекарственные методы лечения мигрени, такие как когнитивно-поведенческая терапия, образовательная программа, майндфулнесс, биологическая обратная связь и транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). С клинической точки зрения, ТМС показала многообещающие результаты в терапевтическом подходе к большому количеству психиатрических и неврологических состояний, таких как тревога, депрессия, нейропатическая боль, фибромиалгия, мигрень. Среди нефарма-

кологических методов лечения ТМС изучалась как профилактическое лечение мигрени с хорошими результатами.

Неинвазивная стимуляция мозга для лечения боли может быть эффективной в различных частях коры головного мозга. Проводились исследования различных механизмов влияния на боль при стимуляции первичной моторной коры, дорсолатеральной префронтальной коры и зрительной коры. Тем не менее, значительное число клинических исследований, касающихся эффективности ТМС при хронической мигрени, были опубликованы с противоречивыми результатами. Несмотря на то, что различные зоны стимуляции мозга были использованы в немногочисленных исследованиях терапии мигрени, на данный момент нет общего протокола применения ТМС в профилактической терапии мигрени.

Выводы. При анализе более 50 русскоязычных и англоязычных источников не было обнаружено материалов, целенаправленно исследующих влияния стимуляции различных зон при лечении пациентов с хронической мигренью. Отсутствие данных исследований свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения и оценки различных зон коры при ТМС в профилактическом лечении пациентов с мигренью.

Сохина В.С., Масенко В.В., Бубликова А.М., Скороход А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОПТИМИЗИРОВАННОЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ОКСИДАНТНЫЙ СТРЕСС БОЛЬНЫХ С МИАСТЕНИЕЙ

Актуальность. Активация свободнорадикального окисления, как типовой патологический процесс, является важным звеном патогенеза ряда аутоиммунных заболеваний, в том числе миастении.

Цель. Оценить влияние комплексного оптимизированного восстановительного лечения на клинические проявления миастении у пациентов с тимомой и без тимомы.

Материалы и методы. Проведен обзор и анализ современных отечественных и зарубежных исследований за 2016-2020 гг., посвященных оптимизированной восстановительной терапии на оксидантный стресс больных с миастенией.

Результаты. В исследовании, проведенном Научным центром неврологии (г. Москва, 2020 г.), наблюдалось 38 пациентов с миастенией. Средний возраст пациентов составил $50,32 \pm 3,7$ лет. Проведен анализ уровня перекисного окисления липидов методом индуцированной биохемоло-

минесценции в 2 сопоставимых по возрастнополовым характеристикам, клинической картине заболевания, исходным показателям перекисного окисления липидов (ПОЛ) группах пациентов. В первую группу вошли 12 пациентов с тимомой, во 2 группу – 26 человек без тимомы. Все пациенты получали глюкокортикостероиды, антихолинэстеразные средства, препараты калия, согласно стандартам. В каждой группе часть пациентов (в первой и второй группах по 50%) получала дополнительно озонотерапию в виде внутривенных инфузий озонированного физиологического раствора в количестве 6 процедур через день в концентрации 2.2-2.4 мг/л. Оценивалась динамика клинической картины, показателей перекисного окисления липидов до начала и после окончания курса терапии (через 2 недели).

У пациентов, в состав комплексного лечения которых входили внутривенные инфузии

озонированного физиологического раствора ($n=19$), значения $I_{max1}=318,9$, $S1=1563,5$, $tg(-2\alpha)1=-132,5$, ($p=0,004727$), после лечения ($p=0,000457$) значимо снижались $I_{max2}=130$, $S2=592,5$, $tg(-2\alpha)2=-54$, а значение увеличилось от $Z1=4,522901$ до $Z2=4,966792$ ($p=0,014764$), что указывало на повышение антиоксидантной способности плазмы крови под действием озонотерапии. Отмечалось снижение активности свободнорадикальных процессов (уменьшение продуктов ПОЛ). У пациентов, не получавших озонотерапию, значимой динамики показателей

окислительных процессов не отмечено. Выявленное повышение показателей индуцированной биохимиллюминесценции и уровня продуктов ПОЛ в сыворотке крови при миастении, свидетельствуют о нарушении процессов ПОЛ, что подтверждает значимость оксидантного стресса в патогенезе заболевания.

Выводы. Включение озонотерапии в стандартный комплекс лечебных мероприятий является патогенетически обоснованным, способствует восстановлению окислительного гомеостаза.

Стадник А.Д.¹, Никонова Е.М.¹, Макарук В.В.¹, Сергиенко А.С.²

¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск

²ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», Луганск

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННОСТИ РЕСУРСОВ

Введение. Современная скелетная травма в результате минно-взрывных ранений во время локальных военных действий имеет свои характерные отличия, которые определяют актуальную проблему выбора адекватного анестезиологического обеспечения в условиях ограниченности ресурсов.

Цель исследования. Осветить особенности анестезиологического обеспечения тяжелой скелетной травмы в результате минно-взрывных ранений у пациентов, находящихся на лечении в ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» (ГУ «ЛРКБ»).

Материалы и методы исследования. Для реализации цели было проведено проспективное исследование серии случаев в процессе текущей клинической практики без вмешательства. Объектом исследования послужил характер проводимого анестезиологического обеспечения у 32 пациентов с тяжелой скелетной травмой в результате минно-взрывных ранений, которым выполнялись оперативные вмешательства за период наблюдения с 2019 по 2020 гг. Всем больным после оценки по шкале ISS осуществлялась подготовка к полноценной операции в условиях противошокового зала приемного отделения ГУ «ЛРКБ» согласно стратегии Damage Control Resuscitation, При отсутствии продолжающегося кровотечения целевыми уровнями для начала оперативного вмешательства были среднее АД 65 мм рт. ст. и темп почасового диуреза выше 0,3 мл/кг/час.

Результаты исследования. Анализ анестезио-

логических карт вышеуказанного контингента лиц показал, что во всех случаях использовалась стандартная для клиники премедикация, которая включала в себя внутривенное введение бензодиазепинов (сибазон в дозировке 0,05 – 0,1 мг на 1 кг), глюкокортикостероидов (дексаметазон 8 мг) и ондансетрона в дозировке 8 мг в качестве профилактики послеоперационной тошноты и рвоты.

Методом выбора анестезиологического пособия была тотальная внутривенная анестезия с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным методом газообеспечения. Однако гемодинамические характеристики пациентов обуславливали использование различных анестетиков для индукции в анестезию. Так, для пациентов со стабильной гемодинамикой использовали комбинацию пропофола 1,5 мг/кг с кетаминем 5% – 0,5 мг/кг, а для пациентов с нестабильной гемодинамикой использовали кетамин в дозе 1 мг/кг. В качестве внутривенного анестетика для поддержания анестезии всем пациентам использовался натрия оксибутират в дозировке 50-100 мг/кг. Анальгезия поддерживалась введением фентанила в дозировке 1-2 мкг/кг каждые 20 минут. Для достижения миоплегии использовали атракурий в дозировке 0,5 мг/кг каждые 30 минут. В случае ведения пациентов с нестабильной гемодинамикой была необходимость интраоперационного применения вазопрессоров – препаратом выбора служил норадреналин (дозировка от 0,1 до 0,3 мкг/кг/мин). У всех больных осуществлялась инфузионно-трансфузионная тера-

пия в объеме 20-30 мл/кг согласно современным рекомендациям ее проведения у пациентов с тяжелой сочетанной травмой. С гемостатической целью использовалась транексамовая кислота в стандартной дозировке 1 гр.

Выводы. Тотальная внутривенная анестезия (с индукцией на основе кетамина или его ком-

бинации с пропофолом) с искусственной вентиляцией легких обеспечивала достаточную защиту от операционного стресса и может быть рекомендована к использованию в условиях ограниченных ресурсов у данной категории пациентов.

Старостина М. Н., Сигитова Е. В., Шевченко В. В., Гольнева А. П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

БОЛЕЗНЬ ПОМПЕ С ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность исследования: Болезнь Помпе – это аутосомно-рецессивное наследственная ферментопатия, обусловленное дефицитом кислой мальтазы в лизосомах. Полиморфизм клинической картины и сложность диагностики гликогеноза II-го типа определяет недостаточную осведомленность о распространенности ферментопатии. Так, по эпидемиологическим данным, средняя заболеваемость болезни Помпе составляет примерно 1 на 40 тыс. населения, однако реальные показатели заболевания могут быть значительно выше, что определяет клиническую актуальность данной патологии.

Описание клинического случая: Пациентка 69 лет, самостоятельно обратилась к неврологу ДОКТМО 19.08. 2020 г. с жалобами на слабость в мышцах конечностей, быструю утомляемость, сонливость, непереносимость физических нагрузок, одышку при нагрузке и в покое, сложности в передвижении в виде невозможности встать с постели без посторонней помощи. Из анамнеза заболевания: считает себя больной около полугода на фоне относительного благополучия, за медицинской помощью не обращалась. Из проведенных исследований показательными являются следующие результаты: в биохимическом анализе крови – лактатдегидрогеназа – 505 Е/л (норма 225 – 450 Е/л), АЛТ – 133,6, АСТ – 137,3, щелочная фосфатаза – 68,7; креатининфосфокиназа – 4794 Е/л (норма 0 – 165 Е/л); Проведенное исследование крови на кислую мальтазу методом сухих пятен – положительный; по данным денситометрии – показатели минеральной плотности костной ткани на уровне L1 – L5, L5 – S1 имеют признаки остеопении; гипертрофия левого желудочка, дисфункция левого желудочка на фоне его гипертрофии – по данным ЭКГ и эхокардиографии; гепатоспленомегалия – по данным ультразвуковых исследований. В неврологическом статусе: по шкале MMSE 28 баллов, что соответствует нормальной когнитивной функции; передвигается с помощью ходунков, гипомимия, умеренный птоз; невозможность сложить губы

трубочкой, не может свиснуть. Коленные, ахилловы рефлексы снижены, без четкой разницы. Снижение мышечной силы в проксимальных отделах верхних конечностей до 2-х баллов, амиотрофия межкостных промежутков обеих кистей. Мышечный тонус не изменен. В позе Ромберга неустойчива, стоит с помощью ходунков. Из положения на корточках не поднимается. Слабость мышц передней стенки живота, верхнего плечевого пояса, параспинальных мышц, ягодичных мышц и трудность удержания равновесия при вставании. Проводилась дифференциальная диагностика с другими лизосомными болезнями накопления (болезнь Данона), миастенией генерализованной формы, боковым амиотрофическим склерозом, миотонической дистрофией Штейнера: отсутствие когнитивных нарушений и дефект кислой альфа-глюкозидазы позволило исключить болезнь Данона; отсутствие положительной динамики при проведении прозеринового пробы, отсутствие ЭНМГ-паттернов при миастении исключило данную патологию; подострое начало, отсутствие потенциалов фасцикуляций, фибрилляций, положительных острых волн при ЭНМГ, отсутствие признаков поражения центрального мотонейрона, отсутствие МРТ-признаков дегенерации пирамидных путей исключило диагноз бокового амиотрофического склероза; отсутствие вегетативно-эндокринных расстройств, когнитивной дисфункции, изменений со стороны органа зрения (катаракта), отсутствие тонического спазма с затруднением расслабления позволяет исключить диагноз дистрофия Штейнера. Пациентке выставлен диагноз «Болезнь Помпе с поздним началом». Состояние больной на фоне проведенного лечения (нейрометаболические препараты, метаболические препараты, анаболические препараты) улучшилось.

Выводы: Данный клинический случай подтверждает вариативность клинической симптоматики ферментопатии, что определяет необходимость своевременной диагностики данного заболевания.

Статинова Е.А., Никитенко Д.В., Никитенко С.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Кафедра неврологии и медицинской генетики, кафедра медицинской физики, информатики и математики.

ПРОБЛЕМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

Хронической болью в спине страдает по разным данным от 32% до 90% пациентов среднего и пожилого возраста. Кроме этого, боль в спине – самая частая причина нетрудоспособности пациентов моложе 45 лет как в России, так и в странах Европы. Длительная, изнуряющая дорсалгия значительно снижает качество жизни больных, ограничивает их подвижность и активность, а в 60-78% случаев приводит к депрессии. Все вышеизложенное свидетельствует о актуальности и социально-экономической значимости данной проблемы.

Цель исследования – изучить основные этиологические факторы и их коморбидность у больных с хронической болью в спине.

Обследовано 78 больных с хронической болью в спине в возрасте 45-75 лет (46 мужчин и 32 женщины), которые были распределены на три группы по возрастам (1-я – 45-54 лет – 28 пациентов; 2-я – 55-64г. – 32 пациента и 3-я – 65-74г. – 18 пациентов). Необходимо отметить, что эти пациенты до поступления в клинику несколько лет страдали хронической болью в спине, принимая лечение эпизодически. В этиологической структуре люмбалгии остеохондроз позвоночника занимал ведущую позицию и в той или иной степени выраженности встречался практически у всех пациентов. Однако, кроме этого, у 12 пациентов был выявлен коксартроз (9 пациентов с 1 степенью коксартроза, 3 пациента со 2-3 степенью). Данные пациенты были направлены на консультацию к ревматологу (9 больных) и травматологу – (3 больных). У 5 больных был выявлен остеопороз, что было учтено при назначении лечения. В 4 случаях имела секвестрация межпозвоночных (МП) дисков, и они в дальнейшем лечились оперативно у нейрохирургов. В 7-ми случаях отмечалась выраженная протрузия МП дисков (более 6мм) со сдавлением дурального мешка и стенозом позвоночного канала, все больные были консультированы нейрохирургами. 4 пациентки имели фи-

бромиому матки, и получали лечение совместно с гинекологами, у 3-х пациентов имелся артроз подвздошно-крестцовых сочленений, они были консультированы ревматологом. В длительной консервативной лечебно-реабилитационной терапии применялись НПВС (ксефокам 8мг е/д до 2 недель), хондропротекторы (драстоп до 2 месяцев), седативные препараты (до 3 месяцев), антидепрессанты (амитриптилин курсом от 1,5 до 3 месяцев), а также, размеренная ходьба от 15мин с постепенным наращиванием до 1,5 часов ежедневно.

Таким образом, выявлена коморбидность хронической боли в спине у пациентов среднего и пожилого возраста, что позволило разработать оптимальную схему обследования: общеклинический анализ крови и мочи, рентгенография пояснично-крестцового отделов позвоночника с функциональными пробами, рентгенография крестцово-подвздошных сочленений и тазобедренных суставов, МРТ (КТ – при наличии противопоказаний для проведения МРТ) поясничного отдела позвоночника, денситометрия, УЗИ органов малого таза, а также, при необходимости – консультация нейрохирурга, травматолога, ревматолога, гинеколога, уролога. Исходя из той же коморбидности, лечение должно быть комплексным, с учетом обследований и консультаций. В ряде случаев после обследования больных с люмбалгией была выявлена нейрохирургическая, травматологическая, гинекологическая патология, в этих случаях – ведущим является оперативное лечение у соответствующих специалистов (9 больных). Использование длительной консервативной лечебно-реабилитационной терапии у остальных пациентов позволило снизить частоту обострений в 2,4раза (по отношению к группе сравнения, сопоставленной по полу и возрасту), расширило двигательный режим, что, в свою очередь, значительно улучшило качество жизни больных.

Стафинова Е.А., Выхованец Н.Ю., Сайко Д.Ю., Сигитова Е.В., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОКАЗАТЕЛИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ЛИЦ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем во многих странах. Ежегодно в мире мозговой инсульт регистрируется у 5,6-6,6 млн. человек. С учетом высокой летальности и инвалидизации при мозговом инсульте профилактическое направление является доминирующим. Основным направлением первичной и вторичной профилактики сосудистых заболеваний головного мозга является устранение или коррекция факторов риска. Среди немодифицируемых факторов риска, важное место занимает возраст человека. Возраст пациентов имеет большое значение при выборе тактики лечения, прогнозировании исходов заболевания, разработке плана профилактических мероприятий. Этот показатель является фактором риска развития и цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). На основании анализа научных публикаций по изучаемой проблеме можно предположить, что у пациентов с ЦВЗ ускоряется процесс биологического старения организма. Следовательно, чрезвычайно актуальным является определение показателя биологического возраста (БВ) у больных с ЦВЗ.

Исследования проведены на базах кафедры неврологии и медицинской генетики и психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО. Всего было обследовано 68 человек, из них 33 женщины и 35 – мужчин. Средний возраст обследуемых мужчин составил 54,3 года, а женщин – 46,5 лет. Из них было сформировано две группы: контрольная и основная. В контрольную группу было отобрано 32 человека (17 женщин и 15 мужчин), у которых отсутствовали острые и хронические заболевания. В основную группу, на основании критериев включения и исключения, было отобрано 36 человек (16 женщин и 20 мужчин). Эту группу составили лица с хронической недостаточностью мозгового кровообращения (ХНМК). БВ определяли с использованием прибора «БИОТЕСТ-1М», по методике

В.Г. Шахбазова (2000г.). Методика основана на изучении электрофоретической подвижности (ЭФП) клеточных ядер буккальных эпителиоцитов. Этот метод определения ЭФП клеточных ядер буккального эпителия имеет ряд преимуществ по сравнению с рутинными методами лабораторной диагностики в связи с простотой и удобством сбора материала, неинвазивностью и безболезненностью процедуры. Мазок нативных клеток буккального эпителия помещали в камеру для электрофореза и добавляли в препарат 0,1 мкл специального буферного раствора с pH 7,0. Камеру подключали к прибору. В каждом препарате при 400-кратном увеличении просматривали не менее 100 клеток и определяли процент электроотрицательных ядер. В дальнейшем по специальной таблице определяли БВ человека.

Исследованиями было установлено, что паспортный возраст (ПВ) у женщин и мужчин, входящих в контрольную группу, составил соответственно $43,6 \pm 3$ (95%ДИ:37,6-49,7) и $52,2 \pm 3$ (95%ДИ:47,2-56,3) лет. При оценке БВ этот показатель у женщин составил $44,8 \pm 3$ (95%ДИ:39,2-46,3), а у мужчин $54,7 \pm 3$ (95%ДИ:49,5-57,1) лет. В результате оценки ПВ у лиц, входящих в основную группу было установлено, что у женщин изучаемый показатель составил $45,3 \pm 3$ (95%ДИ:38,5-48,2), у мужчин $53,4 \pm 3$ (95%ДИ:46,6-53,4) лет. При оценке БВ в этой группе было установлено, что анализируемый показатель у женщин составил $52,1 \pm 3$ (95%ДИ:46,4-53,1), а у мужчин $61,4 \pm 3$ (95%ДИ:56,3-62,7) лет.

Таким образом, в результате проведенных исследований было установлено, что у женщин и мужчин с ХНМК показатель БВ превышал ПВ в среднем на 14%. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что у пациентов с ЦВЗ ускоряется, либо качественно изменяется процесс нормального биологического старения организма, что необходимо учитывать при выборе и разработке тактики лечения данной категории больных.

Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Верзун Ю.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОГНИТИВНЫЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГОВ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ

Цель. Проанализировать данные отечественной и зарубежной литературы и определить взаимосвязь между когнитивными и психоэмоциональными изменениями у больных с рассеянным склерозом (РС) и очагово-демиелинизирующим процессом в головном мозге.

Результаты и обсуждение. На трудоспособность и качество жизни больных рассеянным склерозом, помимо очаговых неврологических нарушений, существенно влияют изменения высших корковых функций, которые в некоторых случаях могут быть первым или доминирующими симптомами заболевания. Когнитивные расстройства при РС обусловлены многоочаговым поражением вещества головного мозга и особенно перивентрикулярных участков, через которые проходят корковые холинергические пути, вследствие чего нарушается корково-подкорковое взаимодействие. Расположение очага в лобной доле головного мозга вызывает нарушение исполнительных функций, зрительной, оперативной и ассоциативной памяти и скорости речи. Повреждение лобной и височной доли играет важную роль в возникновении эмо-

циональных расстройств. Локализация в левой теменно-затылочной зоне влияет на расстройство праксиса, зрительно-пространственной ориентации, ухудшение памяти. Некоторые работы свидетельствуют о взаимосвязи между атрофией гиппокампа и развитием депрессии. Атрофия в передней части мозолистого тела обуславливает ухудшение памяти, в задней части влияет на скорость обработки информации. Интеллектуально-мнестические нарушения закономерно усугубляются по мере прогрессирования патологического процесса и количественного накопления дефекта мозгового вещества, что подтверждается прямой зависимостью когнитивного дефицита от суммарной количественной оценки демиелинизирующего процесса в полушариях и в ЦНС в целом.

Выводы. Выявление взаимосвязи когнитивных и психоэмоциональных изменений с очагово-демиелинизирующим процессом в головном мозге может стать основой для дальнейшей разработки новых диагностических и прогностических стратегий ведения больных рассеянным склерозом.

Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Верзун Ю.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОГНИТИВНЫЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГОВ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ

Цель. Проанализировать данные отечественной и зарубежной литературы и определить взаимосвязь между когнитивными и психоэмоциональными изменениями у больных с рассеянным склерозом (РС) и очагово-демиелинизирующим процессом в головном мозге.

Результаты и обсуждение. На трудоспособность и качество жизни больных рассеянным склерозом, помимо очаговых неврологических нарушений, существенно влияют изменения высших корковых функций, которые в некоторых случаях могут быть первым или доминирующими симптомами заболевания. Когнитивные расстройства при РС обусловлены многоочаго-

вым поражением вещества головного мозга и особенно перивентрикулярных участков, через которые проходят корковые холинергические пути, вследствие чего нарушается корково-подкорковое взаимодействие. Расположение очага в лобной доле головного мозга вызывает нарушение исполнительных функций, зрительной, оперативной и ассоциативной памяти и скорости речи. Повреждение лобной и височной доли играет важную роль в возникновении эмоциональных расстройств. Локализация в левой теменно-затылочной зоне влияет на расстройство праксиса, зрительно-пространственной ориентации, ухудшение памяти. Некоторые ра-

боты свидетельствуют о взаимосвязи между атрофией гиппокампа и развитием депрессии. Атрофия в передней части мозолистого тела обуславливает ухудшение памяти, в задней части влияет на скорость обработки информации. Интеллектуально-мнестические нарушения закономерно усугубляются по мере прогрессирования патологического процесса и количественного накопления дефекта мозгового вещества, что подтверждается прямой зависимостью ког-

нитивного дефицита от суммарной количественной оценки демиелинизирующего процесса в полушариях и в ЦНС в целом.

Выводы. Выявление взаимосвязи когнитивных и психоэмоциональных изменений с очагово-демиелинизирующим процессом в головном мозге может стать основой для дальнейшей разработки новых диагностических и прогностических стратегий ведения больных рассеянным склерозом.

Стафинова Е.А., Момот Н.В., Джоджуа А.Г., Фоминова Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», ДОКТМО, г. Донецк)

ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Цель работы – изучить эффективность МРТ (с контрастированием и без него) у больных с ишемическим инсультом (ИИ) в остром периоде.

Материал и методы. В клинике обследованы 46 больных с ИИ, поступивших в остром периоде. Среди больных было 29 мужчин и 17 женщин в возрасте от 33 до 62 лет. Обследование проводили по стандартному алгоритму. МРТ-исследование выполнено с помощью аппарата «Magnetom Harmony» фирмы «Siemens Medical Systems» (Германия) с полем 1Т сверхпроводящего магнита. Объём исследования включал получение T2-взвешенных изображений (ВИ) в аксиальной плоскости и T1-ВИ в аксиальной, сагиттальной и коронарной плоскостях. Затем повторно получали T1-ВИ после введения контрастного вещества (КВ) «Магневист» в стандартных дозах. 40 пациентов были обследованы повторно от момента заболевания (35 – с введением КВ). На 20-е сутки от момента заболевания были обследованы 30 из этих пациентов (28 – с введением КВ). Проводили также подсчёт примерного объёма зоны ишемии путём суммирования площадей на всех срезах.

Результаты. В первые сутки мозгового инсульта преобладало сосудистое контрастирова-

ние (19 чел.) и отсутствие контрастирования по оболочкам (12 чел.). В 11 случаях выявить накопление контрастного препарата не удалось. У 4 пациентов отмечено паренхиматозное контрастирование, что проявилось геморрагией в зону ишемии в более поздние сроки.

На 5-е сутки у 7 чел. не проводилось контрастирование. У 39 пациентов выявлен сосудистый, паренхиматозный и смешанный компонент. Сосудистое усиление в ранние сроки свидетельствовало о замедлении кровотока вокруг зоны инфаркта, что подтверждено данными транскраниальной доплерографии. Изменения на T1-ВИ при цитотоксическом отёке явились наиболее ранними нейровизуализационными симптомами острого ИИ. Паренхиматозное усиление у 32 чел. было выявлено с 5 – 6-го дня ($p < 0,05$).

Заключение. Сосудистый тип накопления КВ свидетельствует о недостаточной микроциркуляции в зоне ИИ и вокруг неё, может служить индикатором тяжести состояния больного, худшего прогноза заболевания. Раннее паренхиматозное накопление КВ коррелирует с геморрагией в зону ишемии на более поздних этапах, что помогает прогнозировать заболевание.

Стрекозова И.П., Котилевская И.Т., Вольман О.В., Гришина Л.В., Макарук В.А.

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР, г. Луганск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Эпид.сезон 2020г. по вирусным инфекциям продемонстрировал значительную распростра-

ненность осложнений в виде вирусных пневмоний различной тяжести.

Госпитализации (согласно измененным рекомендациям) подлежат больные с пневмониями средней, тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести. Исходы заболевания у таких пациентов зависят от своевременной и адекватной терапии, в том числе с применением биологических препаратов для таргетной терапии.

Цель работы: исследовать эффективность противовоспалительной терапии у пациентов с тяжелым течением двусторонней пневмонии с применением препарата тоцилизумаб («Актемра»).

Материал исследования: 38 больных с пневмониями вирусного генеза, находившихся на лечении в отделениях пульмонологии и интенсивной терапии ГУ «ЛРКБ» ЛНР, в возрасте от 42 до 74 лет; среди них мужчин было 21, женщин – 17. Всем больным проводился мониторинг лабораторных и инструментальных показателей с показанной кратностью: рутинных клинических и биохимических анализов крови, а также С-реактивного белка, коагулограммы, ферритина, D-димера и прокальцитонина (в показанных случаях), и инструментальная диагностика: компьютерная томография (КТ), ЭКГ, пульсоксиметрия, мазок из носо-ротоглотки на SARS-Cov2 методом ПЦР. Лечение проводилось согласно действующим рекомендациям и в соответствии с показаниями дополнялось препаратом тоцилизумабом внутривенно капельно.

Результаты: все больные поступили в отделения по данным клинических проявлений и КТ-

признаками двусторонней пневмонии вирусной этиологии (КТ 3-4) с отрицательным результатом ПЦР на SARS-Cov2. Показатель SpO2 составлял $80,4 \pm 3,5\%$. У 60% пациентов в клиническом анализе крови отмечалась лейкопения (менее – $3,0 \times 10^9/\text{л}$) и лимфопения (абсолютное число лимфоцитов составляло $1 \times 10^9/\text{л}$ и ниже). В 73% случаев показатель ферритина крови был более 500нг/мл. С-реактивный белок у 100% больных составлял более $100 \pm 5,7$ мг/л. У 42% пациентов имела место лихорадка более 5 дней. Препарат тоцилизумаб («Актемра») вводился в/в капельно из расчета 4-8мг/кг (средняя доза введения 400мг) на 1-2 день поступления в стационар, дополнительно повторялось введение тоцилизумаба через 12 часов 8 пациентам.

У 79% больных на 2 день после введения тоцилизумаба отмечено значительное улучшение состояния: нормализация температуры тела, увеличение показателя сатурации. У 100% пациентов отмечалось снижение уровня СРБ, повышение количества лейкоцитов и лимфоцитов в клиническом анализе крови.

Имел место 1 случай летального исхода, который связан с рядом неблагоприятных факторов, среди которых позднее обращение за медицинской помощью, коморбидные состояния: ожирение, сахарный диабет тяжелого течения.

Выводы: таргетная терапия тоцилизумабом продемонстрировала положительный эффект при лечении вирусных пневмоний тяжелого течения при своевременном введении в 79% случаев.

Стрижакова А.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Повседневная работа врача вбирает в себя гуманитарный смысл становления, развития и интеграции всего медицинского знания. Современному врачу нужно свободно владеть общеметодологическим методом познания и умело пользоваться всеми теоретико-концептуальными системами и схемами во врачебном деле [1].

Медицинские знания, как и любые другие сведения о бытии мира, – это неуязвимая общечеловеческая ценность. А так как медицинские знания имеют прямое отношение к сохранению здоровья людей, то эта ценность имеет еще и особое социогуманитарное значение, свидетельствующее об уровне развития интеллекта народа, как морально-этических отношений в обществе. Медицинские знания являются специфиче-

ской природно-гуманитарной отрасли теоретического познания и интеллектуально-духовного производства особых – клинических – знаний, которые оформляются медициной в виде конкретных представлений, суждений, но также и абстрактных понятий, умозаключений, новых гипотез, парадигм, теоретических концепций о психосоматических проблемах, соотношении биофизиологического и социокультурного в человеке. Медицинские знания дают новое, более углубленное осознание количественных и качественных процессов в человеческом организме. Ни один орган человека не функционирует автономно, независимо от других. Человеческий организм работает целостно, как единая система. Поэтому медицинские знания социально обусловлены и целостно определены объектом

своего исследования – конкретным человеком, который является неотъемлемой частью как природы, так и определенной эпохи. «Социальное» и «биологическое» в человеке неразрывно связаны; социальная жизнь отражается на биологических свойствах человека, и последние меняют социальную сферу деятельности. Для врачебной деятельности характерным является взаимоотношение класса субъект-субъект, где субъектом, организовывающим взаимодействие, есть врач, а вторым субъектом выступает пациент как равный партнер во взаимодействии. Эффект преобразовательной деятельности врача достигается в большей степени тогда, когда есть активность взаимодействия обеих сторон, есть высокий уровень мотивации к включению пациента к взаимодействию. О том, что для эффективной профессиональной деятельности врача необходимо установить психологический контакт с пациентом, уметь идентифицировать себя со страдающим человеком, причем не только с его объективным состоянием, но и проникать в его субъективный мир, писали такие замечательные врачи как Н. Пирогов, М. Мудров. Они

указывали на то, что ход болезни и возможности выздоровления пациента связаны с его эмоциональной сферой (оптимистический настрой, вера в себя, доверие врачу) [2;6]. Кроме того, в образовательно-профессиональной программе подготовки специалиста отмечается, что врач должен «демонстрировать умение общаться с коллегами, больными с учетом психологических особенностей, способствовать созданию здорового психологического климата в медицинской среде» [2]. Профессиональная деятельность врача включает пять составляющих: гностическая, проектировочная, конструктивная, коммуникативная и организаторская, которые наполняют содержанием и определяют специфику деятельности и речь врача. Однако развиты гностические, проектировочные, конструктивные, коммуникативные и организаторские умения, делая специалиста профессионалом высокого класса, являются явно недостаточными, поскольку ядром специалиста есть не сама деятельность, а мотивационно-ценностное отношение к объекту деятельности – человеку.

Суковатая С.В., Силина Л.В., Овод А.И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИВИТАМИННОЙ РЕПАРАТИВНОЙ МАЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ

В основу нашей работы положены активно используемые практические данные о широком применении поливитаминной (витамины А, Е и Д) репаративной мази в рутинной дерматологической практике. Мазь была использована нами в качестве составляющей наружной степ терапии и в частности у пациентов, страдающих хронической экземой. Чтобы определить степень эффективности назначаемого лечения и положительное действие на разных уровнях нами были использованы диагностические шкалы и интегративные индексы. В исследовании приняли участие 80 больных хронической истинной экземой в возрасте 25-55 лет, проживающих в Курской и Белгородской областях. До включения в исследование им были проведены курсы лечения в соответствии с действующими стандартами и клиническими рекомендациями. В рамках исследования было выделено 2 группы пациентов. Опытная группа в период подострого течения и ремиссии заболевания получала поливитаминную мазь, контрольная – иные увлажняющие средства. Наблюдение за пациентами в

обеих группах производилось в виде обследований через 1 месяц, 2 месяца и 7 – 8 месяцев лечения. Пациентам производилось определение обобщающего количественного показателя тяжести и распространенности экзематозного процесса – индекса EASI (Eczema Area and Severity Index). В результате применения рекомендованной терапии с использованием поливитаминной мази у больных регистрировалось достоверное снижение индекса EASI через месяц после начала лечения. При оценке терапевтического эффекта через месяц в целом, в опытной группе больных у абсолютного большинства (72,5%) наблюдалось значимое улучшение. Отсутствие эффекта либо ухудшение отмечено всего у 12,5% больных. В контрольной группе больных, получавших традиционную терапию, также регистрировалась положительная динамика средних значений индекса EASI. Следует отметить, что в течение первого месяца лечения результаты использования традиционной терапии и поливитаминной репаративной мази сопоставимы – доли пациентов, демонстрирующих разную степень

улучшения клинической ситуации, не имеют достоверных различий. Через 60 дней лечения среднее значение индекса EASI у получающих традиционную терапию возросло до 12,4, а на фоне применения мази уменьшилось до 6,4, то есть возникла статистически достоверная разность показателей тяжести процесса – почти в 2 раза. По итогам 8 месяцев наблюдения частота осложнений и рецидивов у больных, получавших традиционную терапию, значительно превысила таковую среди применявших мазь. Это отразилось и на средних значениях EASI как обобщенных показателей тяжести состояния: в группе применявших репаративную мазь он снизился до 3,4, тогда как в контрольной группе

– вырос до 16,5.

По истечению 1 месяца лечения все рассмотренные схемы дали сопоставимый эффект в плане динамики клинических проявлений экземы. Наблюдение пациентов с оценкой клинических проявлений экземы через 2 и 8 месяцев лечения показало, что схема терапии с репаративной мазью позволяет пролонгировать клиническую ремиссию у пациентов и улучшить состояние кожных покровов. Безопасность ее применения в комплексной терапии пациентов с хронической экземой была достоверно установлена в результате отсутствия нежелательных реакций со стороны кожного покрова.

Сысоев К.В.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ. ПРОГНОЗ ОПЕРАЦИИ

Введение.

Только в США в год проводится до 1000 операций, направленных на коррекцию синдрома фиксированного спинного мозга (СФСМ) у детей. Отмечено, что у части больных регресса клинической симптоматики не наблюдается, а у некоторых, напротив, отмечается ухудшение состояния. В этой связи актуален поиск прогностических факторов, определяющих исход хирургического лечения.

Материалы и методы исследования.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 47 детей с СФСМ при различных формах спинальных дизрафий. Данные предоперационного клинического и инструментального (ЭНМГ, МРТ) обследования, а также результаты интраоперационной электрофизиологической диагностики (ЭСК) и морфометрии (степень устранения фиксации спинного мозга) сопоставлялись с динамикой клинических проявлений СФСМ.

Результаты.

Установлено, что вероятность улучшения состояния достоверно выше у детей с изолированными аномалиями конечной нити ($p=0,014$), при нейровизуализационной картине умеренных местных патологических изменений (Grade I степень фиксации), а также при сохранности трактов спинного мозга на уровне вмешательства ($p=0,018$). Благоприятным в прогностическом плане оказалось радикальное устранение фиксации, а также низкая пороговая величина

силы тока (менее 1mA), при которой регистрировались вызванные потенциалы с мышечной мишенью при электростимуляции корешков ($p=0,016$). Достоверно реже улучшалось состояние больных с миеломенингоцеле ($p=0,049$), а также при выявлении до операции как тазовых расстройств, так и двигательных нарушений в нижних конечностях ($p=0,016$) и при наличии признаков выраженной вовлеченности в патологический процесс каудальных отделов спинного мозга ($p=0,033$). Другим неблагоприятным прогностическим фактором оказалась нейровизуализационная картина прерывания трактов спинного мозга выше уровня L5-позвонка, а также повышение порога электровозбудимости структур спинного мозга более 5mA ($p=0,00005$). Наращение неврологического дефицита оказалось достоверно вероятнее при проведении операции детям старше 10 лет ($p=0,03$), при манифестации заболевания преимущественно или изолированно в виде тазовых нарушений ($p=0,00004$), в условиях сохранности трактов спинного мозга ниже уровня L5-позвонка ($p=0,018$), а также при пороговом значении силы стимуляционного тока от 1 до 5mA ($p=0,01$).

Выводы.

Хирургическое лечение СФСМ целесообразно на начальных этапах развития заболевания. Операция безусловно показана больным с изолированными аномалиями конечной нити, при нейровизуализационной картине умеренных местных патологических изменений (Grade I

степень фиксации), а также в тех случаях, когда подразумевается проведение радикального вмешательства. При выявлении признаков выраженных местных патологических изменений (Grade III степень фиксации) в условиях целостности проводящих путей спинного мозга показания к операции основаны на угрозе развития необратимых структурных изменений в результате естественного течения заболевания, однако

в этих случаях операция сопряжена с высоким риском послеоперационных неврологических выпадений. Хирургическое лечение СФСМ в условиях выраженных местных патологических изменений (Grade III степень фиксации) при наличии интроскопических и электрофизиологических признаков структурного поражения спинного мозга над уровнем фиксации, по всей видимости, нецелесообразно.

Сыщикова О.В., Жадинский Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ СПОР АКТИНОМИЦЕТОВ, ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗ ПРИРОДНЫХ ПОЧВ

Термин «актиномицеты» объединяет широкий круг грамположительных бактерий. В современной систематике актиномицеты относятся к прокариотным микроорганизмам: царства Bacteria, отдела Actinobacteria, класса Actinobacteria, подкласса Actinobacteridae, порядка Actinomycetales, включающего 30 семейств, более 100 родов, 700 видов. Прежнее название актиномицетов – «лучистые грибки» связано с внешним сходством этой группы бактерий с микроскопическими грибами, поскольку таллом большинства актиномицетов имеет форму тонких ветвящихся нитей (гиф), составляющих в поперечнике 0,2-2 мкм. Основное отличие актиномицетов от микроскопических грибов – это отсутствие ядра в клетках, наличие в клеточной стенке пептидогликанов, а не хитина и целлюлозы. Основная среда обитания актиномицетов – почва, однако они могут присутствовать в воздухе, водоемах, растительных и животных тканях, включая человека. Одной из важнейших особенностей актиномицетов является их способность вырабатывать антибиотики, биологически активные вещества, способные избирательно подавлять жизнедеятельность бактерий, грибов, простейших, гельминтов, риккетсий и т.д. Способность микроорганизмов образовывать антибиотики выработалась в ходе длительной эволюции, и представляет собой важный фактор в борьбе за существование. Целью работы было изучение особенностей морфологии спор актиномицетов, как одного из диагностических признаков для их идентификации при отборе штаммов, способных к синтезу биологически активных веществ.

Изолированные из зональной почвы штаммы актиномицетов культивировали на твердой питательной среде – крахмало-аммиачный агар. Идентификацию штаммов по морфологическим свойствам спор проводили в соответствии с диа-

гностическими признаками определителя актиномицетов Г.Ф. Гаузе.

Изучение морфологии спор 58 выделенных из почвы штаммов актиномицетов с помощью сканирующего электронного микроскопа показало, что актиномицеты имеют споры как округлой формы, так прямоугольной, которые расположены как одиночно, так и собраны в цепочки, формирующие спороносцы. Кроме этого, 64% исследованных штаммов имеют гладкую поверхность спор, 24% – с шиповидными выростами, 9% – с бугристыми выростами. Для *S. griseus* характерно наличие волосков на поверхности оболочки споры, что встречается достаточно редко. Практически у всех штаммов споры на воздушном мицелии собраны в цепочки разной формы. Большинство выделенных из почвы актиномицетов имеют прямые спороносцы, расположенные моноподиально. Только у изолятов *S. acidiscabies*, *S. subhalophilus*, *S. dayalbaghensis* и *S. canadensis* отмечены прямые спороносцы, собранные в кольца или в несовершенные кольца. Для штамма *S. canadensis* характерна прямая форма спороносцев, которые собраны в первичные и вторичные кольца. Изоляты со спиральной формой цепочек спор, которые расположены моноподиально, составляют 17% от общего количества исследованных культур. У штаммов *S. fragmentosporus*, *S. enduracidicus* и *S. dayalbaghensis* наблюдается формирование спороносцев в виде несовершенных спиралей, которые собраны в кольца. В результате проведенных исследований установлено, что большинство актиномицетов, выделенных из зональной почвы, характеризуются гладкой поверхностью спор, которые собраны в цепочки с прямой формой спороносцев. Наряду с этим, 17% штаммов имеют спороносцы спиральной формы, расположенные моноподиально.

Таджиева М.А., Закирходжаева Д.А., Мирхошимов М.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент

СОВРЕМЕННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Актуальность. Пропалс гениталий у женщин в настоящее время остаётся актуальной проблемой, значимость которой определяется не только отсутствием тенденции к снижению частоты и тяжести данной патологии, но и стабильно большим числом рецидивов, достигающим 33%. В структуре показаний к плановому хирургическому лечению опущение и выпадение половых органов занимает третье место после доброкачественных опухолей и эндометриоза.

Цель. изучить основные причины опущения и выпадения тазовых органов и сравнить эффективность различных методик оперативного лечения данной патологии.

Материал и методы. Нами проведён ретроспективный анализ 65 историй болезни пациенток с пролапсом гениталий II – IV стадии (классификация POP – Q, 1996). Все пациентки были разделены на 2 группы: первая (n=14), которым проводилась лапароскопическая сакровагинопексия, вторая (n=51), которым проводилась коррекция пролапса гениталий различными методами: манчестерская операция с использованием сетчатого эндопротеза «Ультропро» (43); влагалищная экстирпация матки с использованием сетчатого эндопротеза «Ултпро» (6) или без эндопротеза (2). Исследования проведены на базе 6 родильного комплекса, г. Ташкента. Воз-

раст пациенток составил от 40 до 76 лет.

Результаты. Основными жалобами в анализируемых группах были: ощущение инородного тела во влагалище – 95%, тянущие боли внизу живота – 70%, диспареуния – 23%, нарушение мочеиспускания – 70%. Факторами риска в обеих группах были: беременность и роды (травмы, быстрые и стремительные роды, крупный плод) – 61 (94%), тяжёлый физический труд – 25 (38,4%), хирургические вмешательства при гинекологической патологии – 9 (13,8%), гипостроения – 56 (86,1%). Интраоперационных осложнений в обеих группах не наблюдалось. После всех проведённых реконструктивных операций излечение и значительное улучшение отмечено у 64 (98,5%).

Выводы. 1. Выбор хирургического метода лечения пролапса определяются возрастом пациентки, степенью дефекта, наличием экстрагенитальной и генитальной патологии, а также оснащённостью стационара и наличием квалифицированных хирургов. 2. Проведение лапароскопической сакровагинопексии с применением синтетического сетчатого аллотрансплантата при пролапсе гениталий является миниинвазивным методом, позволяет восстановить функцию тазовых органов и улучшить качество жизни.

Талалаенко И.А., Боечко Д.С., Гинькут В.Н., Боечко С.К., Андреев В. Н., Пушкарук А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДОЙ В ОРДИНАТУРЕ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Актуальность. Модернизация преподавания в ординатуре в настоящее время стала эффективной необходимостью (Л.В.Журавлева, Н.А.Лопина, 2018).

Целью работы являлось улучшение преподавания в ординатуре по оториноларингологии.

Материалы и методы. В последние годы на кафедре оториноларингологии факультета интернатуры и последипломного образования мобилизован весь интеллектуальный потенциал преподавателей и последовательно внедряются новые средства обучения. Перспективной фор-

мой дистанционного обучения является создание и заполнение информационно-образовательной среды (ИОС).

Результаты исследования. Как свидетельствуют наши данные, в отличие от додипломного уровня преподавания, в ординатуре по оториноларингологии ИОС имеет ряд особенностей. Первая – это актуальность и широкое разнообразие тематики семинарско-практических занятий, соответствующее двум годам непрерывного преподавания, которые должны быть представлены в ИОС. Среди 150 тем, которые преподаются, до-

статочно много сложных даже для опытных сотрудников кафедры (например, «Специфические и неспецифические гранулёмы ЛОР-органов», «Профессиональная патология в оториноларингологии», «Травма пищевода», «Инородные тела дыхательных путей у взрослых и детей»). Следующая – это необходимость неформального, углублённого изложения и закрепления этих тем, учитывая задачи обучения в ординатуре. Еще одной особенностью качественной ИОС является её трудоёмкость, требующая слаженной работы всего коллектива высококвалифицированных преподавателей, которые должны осуществить подготовку всех составляющих (комплекта лекций, методических указаний, тестов, теоретических вопросов, позволяющих осуществлять обратную связь, видеофрагментов). Всё это даёт ординатору возможность перейти к изучению следующего раздела только после усвоения и за-

крепления предыдущего материала. предоставляет ординатору возможность удаленного получения и закрепления знаний в удобное для него время, индивидуализирует обучение в ординатуре, снижает его материальные затраты.

Выводы: 1. Современные информационные технологии усиливают возможности преподавания специальности в ординатуре по оториноларингологии и позволяют реализовать принципы обучения: научность, последовательность и систематичность, доступность, наглядность, сознательность и развитие самостоятельности обучающихся, прочность полученных знаний и навыков, и индивидуализацию обучения.

2. Использование информационно-образовательной среды является перспективным направлением преподавания в ординатуре по оториноларингологии.

Талалаенко И.А., Боенко Д.С., Талалаенко Ю.А., Боенко Н.Д., Михеева Н.Л., Талалаенко Л.Р., Пушкарук А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОР-ПАТОЛОГИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Беременные женщины составляют особую категорию пациентов. Физиологические и патофизиологические сдвиги, связанные с беременностью, иногда приводят к манифестации или обострению заболеваний уха, горла и носа (И.С.Зарицкая, 2008).

Цель работы: улучшение диагностики и лечения оториноларингологической патологии у беременных пациенток.

Материалы и методы. В ЛОР-клинике Дорожной клинической больницы ст. Донецк с сентября 2018 по апрель 2020 годов пролечены 30 беременных с различной оториноларингологической патологией в возрасте от 19 до 39 лет. Изучались жалобы, анамнез, производились рутинный осмотр ЛОР-органов, эндориноскопия, отомикроскопия, общеклинические и лабораторные исследования. Все пациентки пролечены консервативно. Для медикаментозной терапии использовались препараты категории «А», в случаях необходимости – «В» (Классификация FDA, США, 2012). Для проведения антибактериальной терапии применялись ингибиторзащищённые пенициллины, цефалоспорины. Антигистаминные препараты не назначались. Для снижения сосудистой проницаемости слизистых оболочек дыхательных путей и уха использовал-

ся таблетированный глюконат кальция, аскорутин. Для элиминационной терапии, восстановления функций мерцательного эпителия, улучшения проходимости соустьев околоносовых пазух, глоточного устья евстахиевой трубы назначался «Дольфин», препараты морской воды, промывание околоносовых пазух методом перемещения. Широко использовалась ингаляционная терапия, рефлексотерапия, орошения слизистых оболочек глотки и гортани, продувание евстахиевых труб по Политцеру, пневмомассаж барабанных перепонок. Двум беременным было проведено местное противорецидивное лечение хронического тонзиллита. Для купирования тяжёлых форм аллергического ринита назначались назальные топические кортикостероиды. У одной пациентки с носовым кровотечением пришлось прибегнуть к тампонаде носа. Инвазивных манипуляций, оперативных вмешательств в исследуемой группе нами не выполнялось.

Результаты исследования. У 12 (40,0%) женщин ЛОР-патология возникла на фоне нормально протекающей беременности, у 16 (60,0%) – на фоне токсикозов беременности. У 17 (56,7%) пациенток диагностированы различные формы ринита, у 12 (40,0%) – острый или хронический синусит, у 1 (3,3%) – носовое кровотечение, у

7 (23,3%) – хронический тонзиллофарингит, у 2 (6,7%) – острый наружный отит, у 5 (16,7%) – острый и у 2 (6,7%) – хронический средний отит, у 3 (10,0%) – ларингопатия беременных, у 1 (3,3%) – отосклероз.

Необходимость в назначении антибактериальной терапии при обострении хронического гнойного пансинусита возникла лишь в 4 (13,3%) случаях, назальных топических кортикостероидов – у 7 (23,3%) больных круглогодичным аллергическим ринитом. Элиминационную и ингаляционную терапию получали все пациентки. В ходе лечения полное исчезновение жалоб и симптомов ЛОР-заболеваний достигнуто у 24 (80,0%), их значительное уменьшение – у 20 (20,0%) пациенток.

Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Минович Е.Д., Петренко С.А., Талалаенко Л.Р.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО»

ОЦЕНКА РИСКОВ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Актуальность проблемы.

Распространенность гипертензивных нарушений, возникших при беременности варьирует по данным различных авторов от 1,5 до 23,2% на 100 родов. По мнению большинства отечественных и зарубежных авторов данное осложнение беременности следует относить к поздним гестозам, а легкие его формы не требуют какого-либо специального лечения. Однако риски возникновения гестационной и перинатальной патологии при гестационных гипертензивных нарушениях (ГГН) легкой степени до сих пор оценены не были.

Цель исследования – установить риски возникновения гестационной и перинатальной патологии у пациенток с ГГН легкой степени, возникшими при беременности.

Материал и методы исследования. Для реализации цели был проведен ретроспективный анализ 234 случаев родов у пациенток с ГГН (перенесших при беременности преэклампсию легкой степени и индуцированную беременностью гипертензию), а также у 211 здоровых беременных. Расчет рисков выполнялся в пакете компьютерной лицензионной программы «MedStat». В соответствии с международными рекомендациями GCP, ICH «Статистические принципы клинических испытаний» оценивался доверительный интервал (ДИ) полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. Возраст бере-

Выводы: 1. Патологические процессы ЛОР-органов чаще возникают или обостряются на фоне патологии беременности. 2. Медикаментозная терапия ЛОР-заболеваний при беременности должна быть минимальной и согласовываться с акушером-гинекологом и другими заинтересованными специалистами с учётом характера патологического процесса, срока беременности и особенностей её протекания. 3. Осторожное назначение медикаментозной, элиминационной, ингаляционной и рефлексотерапии ЛОР-заболеваний позволяет достигнуть положительного клинического эффекта у подавляющего большинства беременных пациенток.

менных с ГГН ($M \pm m$) составлял $21,7 \pm 0,3$ года и статистически был ниже возраста беременных группы низкого риска – $22,8 \pm 0,2$ года ($p < 0,05$). В группе пациенток, страдающих ГГН, оказалось больше первобеременных и первородящих. Первобеременных – больше на 10,8% (ДИ 1,5-19,9%), а первородящих – больше на 10,2% (ДИ 2,7-17,7%) ($p < 0,05$).

Следует отметить, что в анализируемой группе беременных с ГГН доля преэклампсии составила 81,2% (ДИ 75,9-85,9%), а индуцированной беременностью гипертензии – 18,8% (ДИ 14,1-24,1%). То есть у 4/5 этих беременных имели преэклампсию, а 1/5 – индуцированную беременностью гипертензию.

Роды состоялись срочные у 89,7% (ДИ 85,5-93,3%), преждевременные – у 9,4% (ДИ 6,0-13,5%) и запоздалые – у 0,9% (ДИ 0,1-2,4%) пациенток с ГГН. В группе беременных с ГГН достоверно повышается доля преждевременных и снижается доля нормальных родов ($p < 0,05$). Различия доли по этим признакам составляет 5,6% (ДИ 0,9-10,4%) и 12,4% (ДИ 4,4-20,2%) соответственно. Снижение доли нормальных родов происходит в первую очередь за счет повышения удельного веса кесаревых сечений в группе беременных с ГГН на 8,3% (ДИ 1,6-14,9%) ($p < 0,05$). Следует отметить, что утяжеление преэклампсии происходило в 6,8% случаев (ДИ 4,0-10,4%). На увеличение доли кесаревых сечений оказало влияние и увеличение дистресса плода в родах

у пациенток с ГГН на 7,8% (ДИ 3,2-12,7%) по сравнению со здоровыми пациентками ($p < 0,05$).

Оценка рисков показала следующее. Так, при наличии ГГН даже легкой степени, происходит значительное повышение относительного риска преждевременных родов, и он составляет 2,48 ДИ(1,13-5,45), кесарева сечения – 1,76 ДИ (1,11-2,81), дистресса плода в родах – 3,76 (1,57-8,98), кровотечения после родов – 12,60 ДИ (3,04-52,40) и пуэрперальных септических осложнений – 4,28 ДИ(1,48-12,40) (везде $p < 0,05$).

Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Талалаенко Л.Р.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ. М. ГОРЬКО-ГО»

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Актуальность. Гиперпролиферативные процессы эндометрия являются одной из наиболее распространенных проблем в практике акушера-гинеколога. У женщин в постменопаузе эта патология встречается с частотой от 16 до 25%. Известно, что риск злокачественной трансформации эндометрия и эндоцервикса в рак значительно повышен у данной категории пациенток, особенно при рецидиве гиперпролиферативного процесса. У женщин в постменопаузальном возрасте анамнез часто отягощен сопутствующей экстрагенитальной патологией и использование медикаментозного гормонального лечения часто нежелательно. Поэтому разработка органосохраняющих методов лечения с использованием гистерорезектоскопии на сегодняшний день является актуальной.

Цель исследования – провести анализ показаний и результатов внутриматочной хирургии с использованием гистероскопии у пациенток в постменопаузе.

Материал и методы исследования. Ретроспективно анализировались показания и результаты выполнения гистерорезектоскопии у пациенток постменопаузального возраста с 2015 по 2019 г. Гистероскопию выполняли с применением комбинированной техники вмешательства, которая включала в себя резекцию полипов эндометрия, частичную абляцию и резекцию эндометрия с помощью операционного резектоскопа с применением петлевых и шариковых электродов. В качестве расширяющей среды использовался 5% раствор глюкозы. Статистическая обработка данных проведена в пакете лицензионной программы «Медстат» с расчетом доли и довери-

Выводы. Относительный риск показал силу связи между ГГН у матери и возникновением патологии. У пациенток с гипертензивными нарушениями, возникшими при беременности легкой степени происходит значительное повышение относительного риска преждевременных родов, кесарева сечения, дистресса плода в родах, кровотечения после родов и пуэрперальных септических осложнений.

тельного интервала (ДИ) при $p = 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Всего за анализируемый период было выполнено 878 гистероскопических операций, из них пациентки в постменопаузальном возрасте составили 13,9% ДИ (11,7-16,2%). Средний возраст пациенток составил – $57,9 \pm 0,81$ года. Показаниями к выполнению гистероскопии явились жалобы на кровотечение или кровомазанье после установления менопаузы (одного года отсутствия менструаций), а также наличие гиперплазии или полипов эндометрия по данным трансвагинального ультразвукового исследования. Рецидив гиперпролиферативного процесса в анамнезе этих пациенток наблюдался в 29,5% случаев ДИ (21,3-38,3%). Гиперплазия эндометрия встречалась в 18,8% ДИ (12,0-26,6%), полипы эндометрия – в 71,4% ДИ (62,6-79,5%), субмукозная фибромиома матки – в 4,5% ДИ (1,4-9,1%), полипы цервикального канала – в 5,4% ДИ (1,9-10,3%). Сочетание различных гиперпролиферативных процессов эндометрия наблюдалось в 33,0% случаев ДИ (24,6-42,1%). Были проведены следующие оперативные вмешательства – резекция полипов эндометрия- 63,4% ДИ (54,2-72,1%). Резекция субмукозного фиброматозного узла – 4,5% ДИ (1,4-9,1%). Абляция и резекция эндометрия – 36,6% ДИ (27,9-45,8%). Гистероскопическая абляция и резекция эндометрия была выполнена во всех случаях гиперплазии эндометрия и в случае так называемого «рецидивирующего полипа» эндометрия. В двух случаях была диагностирована аденокарцинома эндометрия – 1,8% ДИ(0,2-5,1%). В трех случаях после выполнения резекции полипов эндометрия был за-

регистрован рецидив гиперпролиферативного процесса – 2,7% ДИ (0,5–6,5%).

Заключение. Гистерорезектоскопия является современным и высокоточным методом диагностики и лечения гиперпролиферативных процессов эндометрия и эндоцервикса в постменопаузальном периоде. Основными задачами диагностики является визуализация патологического процесса и клиническая интерпретация

результатов гистологического исследования эндометрия, а лечения – высокоточное удаление патологического очага, что предотвращает возникновение рецидива заболевания его трансформации в рак. Абляция/резекция эндометрия с успехом может применяться как альтернативный гистерэктомии метод лечения при гиперпролиферативных процессах эндометрия.

Тацый В.Н., Якимович В.С., Лепшина Е.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Состояние репродуктивного здоровья и развитие любого общества во многом определяется уровнем здоровья молодых женщин, которые формируют его демографический резерв, культурный, интеллектуальный и профессионально-производительный потенциал. Современная социально-экономическая нестабильность привела к распространению ряда негативных тенденций в молодежной сфере. Сегодня наблюдается увеличение числа ранних сексуальных дебютов и соответственно аборт, ослабление брачно-семейных отношений и низкая сексуальная культура.

Цель исследования. Выявить внешние и внутренние факторы, обуславливающие социально-психологическое неблагополучие молодых женщин для выработки дальнейшей тактики и стратегии коррекционного лечения.

Материалы и методы. В рамках комплексного медико-психологического исследования было обследовано 38 молодых женщин в возрасте 16–18 лет в период беременности. Использовался блок психодиагностических методов: методика САН, тест М. Люшера, шкала НАД, тест на определение самооценки В. Волкова, диагностика доверия, враждебности, коммуникативной толерантности В.В. Бойко, тест «Семья в круге».

Результаты и обсуждения. Самый существенный фактор, заключается в отсутствии эмоционального тепла в родительском доме. Вторую группу факторов составляют мотивы, побуждающие к сексуальному экспериментированию раньше, чем девушка может знать о нежелательных последствиях половой жизни и их преду-

жедение. Третья группа факторов, связана с психологическими особенностями девушек – ее внушаемостью, податливостью, инфантильностью, не способностью противостоять чужой инициативе. В результате исследования у 58% выявлены высокие значения гетероносомности, что указывает на пассивность, склонность к независимости от окружающих, повышенную чувствительность и ранимость. Высокие значения концентричности свидетельствуют об интровертированности личности – сосредоточенности подростка лишь на своих внутренних проблемах выявлены у 34,8%. Наличие противоречивости характера, неустойчивости личностных свойств констатировано у 48,4% из обследуемых. Обращает внимание снижение работоспособности различной степени у 43,7% молодых женщин во время беременности. Следует отметить, что 38,9% беременных находятся в состоянии хронического стресса, из них у 3% молодых женщин уровень его был высоким. Молодые женщины отличаются неадекватной самооценкой, повышенной эмоциональностью, желанием нравиться противоположному полу, что способствует частой смене половых партнеров.

Очень четко прослеживается связь между наличием вредных привычек и ранним началом сексуальных отношений. Результаты наблюдений говорят о том, что девушки, преждевременно начавшие половую жизнь, выросли за небольшим исключением в неблагополучных семьях с деформированными взаимоотношениями, а также в неполных семьях, или в условиях педагогической запущенности-попустительства, бескон-

трольности или наоборот чрезмерной опеки.

Выводы. Социально-психологическое неблагополучие обращающихся за помощью молодых женщин является следствием влияния внешних и внутренних факторов, обуславливающих психопатологизацию личности девушки. В числе внешних факторов обнаружены: обстановка в стране, низкое качество медицины, социальное обслуживание, материальные сложности, ано-

мальный тип родительской семьи, наказание, отчуждение или симбиоз.

При выборе стратегии психологической коррекции ориентир на психогенные факторы внутреннего характера. При таком подходе молодая женщина получает шанс на преобразование самой себя и сможет вернуть утраченное чувство эмоционального благополучия.

Тацкий В.Н., Якимович В.С., Сметанина С.Р.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

ОНТОГЕНЕЗ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Психосоматические взаимоотношения играют важную роль в акушерстве и гинекологии. Беременность, осложненная: невынашиванием беременности, угрозой прерывания беременности, преэклампсией и экстрагенитальной патологией, как хронических, так и стадий обострения во время беременности, отражается на материнской сфере беременной и на формировании системы взаимоотношений «мать-дитя». Данные исследования подтверждают, что формирование материнской сферы женщины в онтогенезе, адаптация женщины к состоянию беременности и качество будущей системы взаимоотношений «мать-дитя» взаимосвязаны с физическим здоровьем, которое отражает текущее состояние органов и систем будущей мамы.

Цель исследования – изучение особенностей ценности материнства и ценности ребенка, сформированных в онтогенезе у беременных с экстрагенитальной патологией и относительно здоровых беременных.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в Донецком Республиканском центре охраны материнства и детства. Пациентки посещали акушерский и гинекологический прием в отделение планирования семьи и находились на стационарном лечении отделений патологии беременности ДРЦОМД. Сформированы группы из обследованных – 68 беременной в возрасте от 18 до 42 лет на втором и третьем триместрах беременности.

Результаты и обсуждения. Качественный и количественный анализ анкетных данных выявил следующие характерные свойства у разных групп будущих матерей: в первой группе конфликтное и в основном напряженно-тревожное отношение с матерью ($H=2,16$ при $p<0,01$). Вто-

рая группа беременных с преэклампсией отличалась тенденцией к напряженно-тревожным отношениям со своей матерью ($H=4,03$ при $p<0,01$), отразившимся на тревожном типе привязанности ($H=2,78$ при $p<0,01$). И как результат – для будущих мам этой группы характерна сниженная ценность ребенка ($H=4,86$ при $p<0,01$) и повышенная ценность материнства ($H=2,10$ при $p<0,01$). В этой группе высокий процент в сравнении с другими группами избегающего типа привязанности ($H=1,06$ при $p<0,01$). Третья группа – контрольная с отсутствием экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, не имеет каких-либо явных отрицательных тенденций по всем шкалам методики. В четвертой группе с экстрагенитальной патологией значения шкалы конфликтных отношений с матерью приближены к нулю ($H=0,6$ соответственно при $p<0,01$). В пятой группе хронические заболевания, а так же приобретенная экстрагенитальная патология во время беременности и угроза невынашивания всегда являются некой компенсацией собственной агрессии, сформированной в результате тревожного стиля отношения с матерью и избегающего типа привязанности ($H=1,12$ и $H=1,02$ соответственно при $p<0,01$).

В результате нашего исследования выявлены существенные различия ценности материнства и ценности ребенка в онтогенезе у беременных с относительно здоровыми и с экстрагенитальной патологией. Установлены различия по всем группам в наличие или отсутствии благоприятного опыта эмоционального общения женщин в раннем онтогенезе со своей матерью, что проявилось в искажении формирования мотивационной основы своего материнского поведения, в субъект-объектном отношении к своему вына-

шиваемому ребенку.

Выводы. Изучение раннего онтогенеза и исследование формирования материнской потребностно-мотивационной сферы в онтогенезе и сопоставление с экстрагенитальной патологией, влияющей на течение беременности необходимо учитывать в акушерско-

гинекологической практике. Результаты данного исследования помогут выстроить стратегию индивидуальной поддерживающей психотерапии для формирования психологической готовности к материнству, адекватную ценность материнства и ценность своего ребенка.

Темертей С.И.¹, Климов А. А.²

¹ГОУ ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.ГОРЬКОГО» г. Донецк,

²ПАО «Мобильные Теле Системы» (ПАО «МТС-Россия») г. Москва

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МОБИЛЬНОЙ СОТОВОЙ СВЯЗИ КАК К ИСТОЧНИКУ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Важное гигиеническое значение в жизнедеятельности человека имеет экологическая среда проживания, загрязнение которой различными вредными факторами негативно влияет на состояние здоровья, одним из которых является электромагнитная ситуация населённых мест.

В связи с индустриализацией и научно-техническим прогрессом увеличивается внедрение в среду разнообразных электромагнитных источников, к числу которых относятся и базовые станции (далее БС) мобильной сотовой связи. Наибольшее негативное влияние на человека, в части воздействия электромагнитного излучения оказывают БС сотовой связи, которые расположены и оборудуются вблизи постоянного проживания или длительного пребывания человека. Элементы БС излучают электромагнитную энергию. В связи с быстрым развитием и применением мобильной сотовой связи возникает множество вопросов о правилах установки, эксплуатации БС, а также контроль за их работой и соответственно изучением влияния электромагнитных полей на человека и живые организмы, разработке нормативной и регламентирующей законодательной документации.

В соответствии с требованиями Закона Донецкой Народной Республики от 10.04.2015г., №40-ІНС «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения», Государственных санитарных норм и правил (ГСанПиН) от 01.08.1996г.№239 «Защита населения от влияния электромагнитных излучений», Государственных санитарных норм и правил при работе с источниками электромагнитных полей от 18.12.2002г. №476 осуществляется контроль государственным санитарным надзором за работой БС и радиотехническими объектами мобильной сотовой связи на стадиях выбора места,

проектирования, ввода и эксплуатации. Установка БС сотовой связи производится оператором после согласования с государственным санитарным надзором и предварительно проведенных исследований, выдаётся санитарный паспорт, при оформлении которого выполняются соответствующие расчёты и замеры уровней электромагнитного поля для определения безопасных технических параметров БС. При вводе в эксплуатацию БС в состав приёмной комиссии входит представитель санэпиднадзора. В процессе работы БС осуществляется плановый контроль санитарно-эпидемиологической службой в части обследования установки и выполнения замеров уровней электромагнитных излучений с целью предупреждения неблагоприятного воздействия электромагнитных полей на здоровье населения.

Вопрос пользы или вреда мобильной сотовой связи остаётся дискуссионным. Биологическая активность электромагнитного поля проявляется в воздействии его на живые организмы. При постоянном и длительном пользовании мобильным телефоном и прочими аналогичными устройствами у человека могут проявляться различные отклонения в состоянии здоровья в виде головной боли, общей слабости, ухудшения памяти, зрения и прочее.

Результаты инструментальных исследований электромагнитного поля от базовых станций ПрАО «ВФ «Украина» и ГП РОС «Феникс» в Донецкой Народной Республике не превышают допустимого уровня (норматив – 2,5 мкВт/см²).

Поэтому, придерживаясь элементарных правил при пользовании мобильной связью, мы ограничиваем себя от негативного воздействия электромагнитного излучения, а именно: • не пользоваться сотовыми телефонами детям и

подросткам; • не пользоваться телефонами беременным в течение всего периода; • ограничивать продолжительность разговоров до 3 мин. и реже общаться; • не носить длительное время телефон

на теле; • использовать при разговоре громкую связь или гарнитуру; • по возможности использовать СМС; • не подносить телефон к уху пока идет гудок (посылка вызова).

Терещенко И.В., Зубенко И.В., Поважная Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и физического воспитания

КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Аллергический ринит является серьезной медико-социальной проблемы современной оториноларингологии в связи с высокой распространенностью, значительным негативным влиянием на качество жизни пациента. Поиск комплексных, оптимальных, патогенетически обоснованных, но в тоже время щадящих методов улучшения состояния больного остается актуальным и на сегодняшний день. С каждым годом растет количество публикаций, позитивно оценивающих эффективность сочетания лекарственной терапии, методов и средств физической реабилитации на организм пациентов с данной патологией.

Цель работы – повышение эффективности лечения пациентов с аллергическим ринитом на амбулаторном этапе реабилитации с использованием специального комплекса дыхательной гимнастики, массажа, самомассажа и физических факторов.

Материалы и методы исследования. Обследовано 38 пациентов с подтвержденным диагнозом – аллергический ринит, персистирующее течение, легкой и средней степеней тяжести, фаза затухающего обострения, находившихся на лечении в физиотерапевтическом отделении ДоКТМО. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию и физиотерапевтические процедуры (назальный электрофорез хлорида кальция, местная дарсонвализация, УФО сегментарных зон). 68,4% – лица мужского пола, 31,6% – женщины. Средний возраст больных составил – 38,4±5,2 лет. Средняя продолжительность болезни – 6,7±3,4 лет. Анализ анамнестических, объективных, лабораторных данных проводился по результатам исследования амбулаторных карт больных. Основными клиническими проявлениями были: заложенность носа, риноррея, чихание, зуд в носу, слезотечение, их выраженность оценивалась в баллах (от 0 – проявления не наблюдаются, до 3 – наблюдаются

постоянно). У всех больных в общем анализе крови отмечалась эозинофилия. В зависимости от проводимого лечения пациенты были распределены на 2 группы. В 1-й группе (19 человек) пациентам выполнялся традиционный комплекс дыхательной гимнастики (ДЛГ), вакуумный массаж воротниковой области. Во 2-ой группе (19 пациентов) больным выполнялся специальный комплекс реабилитационных мероприятий: дополнительные занятия ДЛГ с элементами йоготерапии (носовое дыхание, прерывистое дыхание, произношение определенных звуков с изменением давления в носовой полости, пазухах носа, «дыхание огня», специальные асаны и др.) с одновременным выполнением самомассажа височной области крыльев носа, лба, после процедуры ДЛГ проводился массаж акупунктурных точек на лице, руках, стопах. Процедуры лечебной гимнастики и самомассажа проводились ежедневно с инструктором 1 раз в день и 1 раз самостоятельно в домашних условиях, в течение 2-х недель, курс 20-24 процедуры.

Результаты исследования. Динамика клинических симптомов у большинства лиц была положительная, но более высокая эффективность лечения наблюдалась во 2 группе пациентов, клинические проявления уменьшились значительно (с 1,57±0,12 до 1,11±0,08) и быстрее на 3-4 дня в сравнении с 1-й группой (с 1,55±0,09 до 1,40±0,07). Улучшение у пациентов 1 группы наступало в 57,8% случаев, во второй группе – в 89,4% случаев. Более значительное улучшение наблюдалось во 2 группе и лабораторных показателей.

Таким образом, более высокая эффективность лечения отмечена при комплексном воздействии специальной ДЛГ, массажных процедур, физических факторов на фоне медикаментозного лечения. Данное воздействие является и патогенетическим, и симптоматическим.

*Титиевский С.В., Воеводина В.С., Побережная Н.В., Черепков В.Н.,
Гайкова Л.А., Фирсова Г.М., Данилова Е.М.*

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО»,
г. Донецк
Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр МЗ ДНР,
г. Донецк

СОЧЕТАНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Репродуктивное и психическое здоровье являются ключевыми областями благополучия подростков, но их возможные взаимосвязи изучены недостаточно. Нами проанализированы литературные данные, относящиеся к этой проблеме.

Развитие сексуальности в подростковом возрасте является физиологичным, однако, раннее начало половой жизни подразумевает риск немедленно возникающих или будущих неблагоприятных последствий для репродуктивного здоровья, таких как нежелательная подростковая беременность и её последствия (Leppälähti S. et al., 2013; Otterblad Olausson P. et al., 2004). Незащищенные сексуальные отношения повышают риск инфекций, передаваемых половым путем, что также может иметь последствия для будущего здоровья и фертильности (Olesen T.B. et al., 2012; Scott M.E. et al., 2011; Vasilenko S.A. et al., 2015; Remschmidt C. et al., 2014). Потенциальные последствия сексуального поведения подростков могут быть физическими, психическими и социальными (Vasilenko S.A., Lefkowitz E.S., Welsh D.P., 2014).

Связь между ранним началом половой жизни и психопатологическими проявлениями, такими как депрессия, обнаружена в исследованиях, проводившихся в США (Vasilenko S.A. et al., 2015; Hallfors D.D. et al., 2004, 2005; Lehrer J.A. et al., 2006; Meier AM., 2007) и европейских странах (Kaltiala-Heino R., Fröjd S., Marttunen M., 2015; Heidmets L. et al., 2010).

Хотя есть данные о том, что раннее начало половой жизни может привести к неблагоприятным последствиям для психического здоровья (Meier AM., 2007), депрессия также может предшествовать и предсказать начало сексуальной жизни, наличие нескольких партнеров и постоянное использование презервативов у подростков (Vasilenko S.A. et al., 2015; Lehrer J.A. et al., 2006; Kaltiala-Heino R., Fröjd S., Marttunen M., 2015).

Проблемы с психическим здоровьем предсказывают плохой комплаенс в отношении предписанных контрацептивов (Zink T.M. et al., 2002), а депрессия обычно увеличивает риск нежелательной беременности среди молодых американских женщин, хотя это не относится к белым или имеющим более высокий социально-экономический статус (Hall K.S., Richards J.L., Harris K.M., 2017).

Сложная и, вероятно, двунаправленная связь между психическим здоровьем и сексуальным поведением согласуется с концептуальным представлением о том, что факторы, влияющие на сексуальную активность, также определяют то, как подростки воспринимают и оценивают свое собственное поведение (Vasilenko S.A., Lefkowitz E.S., Welsh D.P., 2014).

Хотя сексуальное поведение может напрямую приводить к последствиям для соматического здоровья, именно его восприятие, возможно, опосредует влияние на психическое и социальное здоровье (Vasilenko S.A., Lefkowitz E.S., Welsh D.P., 2014).

Исследователями европейских стран в рамках проекта SEYLE (Спасение и расширение прав и возможностей молодых людей в Европе) обследованы 12 395 подростков (55,2% девушек и 44,8% юношей) в Австрии, Эстонии, Франции, Германии, Венгрии, Ирландии, Израиле, Италии, Румынии, Словении и Испании (Wasserman D. et al., 2010; Carli V. et al., 2013). Установлено, что у девочек-подростков психопатология связана с ранним началом половой жизни и риском для репродуктивного здоровья. Это особенно очевидно в случае более явных проявлений, таких как самоповреждение и суицидальность. Кроме того, связь между психопатологией и началом половой жизни особенно велика у учащихся младше 15 лет, а в случае выраженной психопатологии – у учащихся с низким профилем несексуального рискованного поведения или у девушек.

Титиевский С.В., Побережная Н.В., Воеводина В.С., Черепков В.Н., Гостюк И.М., Фирсова Г.М., Данилова Е.М., Кравчук А.В., Евтушенко Е.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА

Для больных, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, психотерапия является одним из важнейших методов лечения, планируемым и контролируемым в настоящее время посредством операционализированной психодинамической диагностики (ОПД). ОПД разрабатывается с 1992 г., а в современной клинической практике применяется её вторая версия (ОПД-2), с помощью которой могут быть определены цели терапии и выбраны соответствующие области внимания для лечения (Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2006). Для формулировок общей психоаналитической многоуровневой диагностики в ОПД используется 5 осевых направлений (осей).

Ось II «Межличностные отношения» ОПД-2 фокусируется на описании центральных, повторных и дисфункциональных паттернов отношений пациента на основе его опыта и во взаимодействии с партнером. Ранее в исследованиях, базирующихся на ОПД-2, показатели данной оси не анализировались, поскольку она включает номинальные переменные, которые не могут быть использованы в статистическом анализе, требующем скалярных переменных. Нами показатели Оси II ОПД-2 30 больных непсихотическими психическими расстройствами были сгруппированы, а описания отношений пациента на основе его опыта (перспектива А) и опыта других людей (перспектива Б) обозначены как А1, А2, Б1 и Б2. В результате, получены следующие данные. Восприятие других (перспектива А1) как враждебных и контролирующих преобладало над их восприятием как дружественных ($p < 0,05$), автономных ($p < 0,001$), самоутверждающихся ($p < 0,001$) и уступчивых ($p < 0,01$); восприятие себя (перспектива А2) как дружественного преобладало над восприятием как враждебного ($p < 0,05$), автономного ($p < 0,01$), контролирующего ($p < 0,01$), самоутверждающе-

гося ($p < 0,01$) и уступчивого ($p < 0,01$). Контрпереносное восприятие больного (перспектива Б1) как враждебного и контролирующего преобладало над его восприятием как автономного ($p < 0,001$), самоутверждающегося ($p < 0,05$) и уступчивого ($p < 0,01$). Контрпереносное самовосприятие (перспектива Б2) как враждебного доминировало над автономным ($p < 0,05$), контролирующим ($p < 0,01$) и уступчивым ($p < 0,001$) самовосприятием, а самоутверждающееся – преобладало над автономным ($p < 0,05$) и уступчивым ($p < 0,01$). Для тревожного расстройства органической природы (F06.4) характерно (коэффициент корреляции Пирсона, r) восприятие окружающих дружественными и уступчивыми, себя – контролирующим; окружающие воспринимают больных дружественными, себя – уступчивыми. При невротических тревожных расстройствах (F40+F41, F41.3, F41.1) больные не воспринимают других и себя дружественными, и окружающие не считают их и себя дружественными. Больные с личностной патологией (F07.0, F07+F6, F62.8) окружающих воспринимают враждебными, себя – в основном, враждебными, а окружающим не видятся контролирующими. При аффективной (депрессивной) патологии (F06.32, F33.1, F34.1, F3, F06.32+F3) окружающие видятся автономными, самовосприятие – самоутверждающееся, а другие видят больных враждебными, а себя – контролирующими. При органических психических расстройствах (F0) другие воспринимаются автономными, в контрпереносе – дружественная оценка и неконтролирующая самооценка. При расстройствах адаптации (F43, F43.21, F43.22) окружающие видятся дружественными, невраждебными и самоутверждающимися, самовосприятие – самоутверждающееся, в контрпереносе восприятие дружественное и самоутверждающееся, а самовосприятие – контролирующее. Вышеуказанное важно для разработки и применения психотерапевтических техник.

Тищенко А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ГОРНОРАБОЧИХ, ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАНОМ

вследствие острого отравления метаном у горнорабочих уделяется анализу биоэлектрической активности головного мозга по показателям электроэнцефалограмм (ЭЭГ), поскольку они позволяют трактовать выраженность неврологических нарушений.

Целью работы являлся анализ ЭЭГ у пострадавших горнорабочих вследствие острого отравления метаном. В РЦПР углубленно обследовано 156 горнорабочих, 96 из которых – пострадавшие вследствие острого отравления метаном, а 60 – контрольная группа. ЭЭГ записывали на восьмиканальном электроэнцефалографе модели «Nihon Konden», а кривые классифицировали по системе Е.А. Жирмунской.

Кривые ЭЭГ пострадавших по системе классификации Е.А. Жирмунской были представлены такими показателями: I тип ЭЭГ (организованный) имел следующие характеристики: основной компонент – альфа-ритм, регулярный по частоте, четко моделируемый в участке веретена, с средним и высоким индексом, с хорошо выраженными зональными различиями. Форма волн обычно была гладенькой, а бета-активность высокой и средней частоты, малой амплитуды. Такой тип ЭЭГ встречался реже у пострадавших 45,83±5,09%, нежели в контроле 81,67±5,00% ($\chi^2=19,69$, $p<0,001$). Что же касается II типа ЭЭГ (гиперсинхронного), то он выявлялся значительно реже предыдущего и отмечался у 6,25±2,47% пострадавших и 3,33±2,32% контроля ($\chi^2=0,65$, $p=0,4217$) и имел такие характеристики: высокий индекс регулярных колебаний биопотенциалов при утрате их зональных различий, очень редко регистрируется бета-ритм низкой частоты. III тип ЭЭГ (десинхронный) встречался вчетверо чаще у пострадавших 20,83±4,14% нежели в контроле 5,00±2,81% ($\chi^2=7,36$, $p=0,0067$). Ему были свойственны такие характеристики: отсутствие или резкое снижение количества альфа-волн при относительном увеличении количества бета- и тета-колебаний невысокой, низкой или очень низкой амплитуды без зональных разли-

чий. IV тип ЭЭГ (дезорганизованный с преобладанием альфа-активности) следует охарактеризовать так: преобладание альфа-активности было недостаточно регулярное или совсем нерегулярное. Бета-активность нередко была усиленной. Очень часто выявлялись тета- и дельта-волны с достаточно высокой амплитудой. Такой тип ЭЭГ встречался вдвое чаще у пострадавших 23,96±4,36%, нежели в контроле 10,00±3,87% ($\chi^2=4,75$, $p<0,0292$). А вот V тип ЭЭГ (дезорганизованный с преобладанием тета- и дельта-активности) имел слабую выраженность альфа-активности. Колебания биопотенциалов альфа-, бета-, тета- и дельта-диапазонов имели нерегулярную частоту и носили дезорганизованный характер. Совсем не встречался в контроле 0,00±0,00% и очень редко у пострадавших 3,13±1,78% ($\chi^2=1,91$, $p=0,1668$).

Если характеризовать нарушения ЭЭГ в зависимости от тяжести нарушения, то по результатам записей ЭЭГ грубых и очень грубых нарушений ни у пострадавших, ни в контроле не встречалось. Значительные нарушения ЭЭГ отмечались только у пострадавших и составляли 11,46±3,25% и 0,00±0,00% в контроле ($\chi^2=7,40$, $p<0,0065$). Что же касается умеренных нарушений ЭЭГ, то они регистрировались, как у пострадавших, так и в контроле, но со значительным преобладанием у пострадавших 58,33±5,03% и 6,67±3,22% в контроле ($\chi^2=41,64$, $p<0,001$). Легкие нарушения по результатам ЭЭГ выявлялись несколько чаще в контроле 30,00±5,92% нежели у пострадавших 20,83±4,14% ($\chi^2=1,68$, $p=0,1944$). А нормальные записи ЭЭГ определялись в 63,33±6,22% контроля и в 9,38±2,97% пострадавших ($\chi^2=51,07$, $p<0,001$).

Таким образом, можно сказать, что пострадавшие вследствие острого отравления метаном имели значительный процент умеренных нарушений на ЭЭГ, а в контроле, наоборот, в основном имела место нормальная биоэлектрическая активность головного мозга по записям ЭЭГ.

Тищенко А.В., Денисенко А.Ф.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАНОМ

Основным механизмом поражения при метановых интоксикациях является развитие гипоксической гипоксии. Развитие гипоксии – показание для использования гипербарической оксигенации. Однако избыток кислорода может усиливать оксидантный стресс, поэтому одним из важнейших направлений терапии есть использование препаратов с антиоксидантным действием. Одним из таких препаратов есть «Солкосерил».

Целью работы являлся анализ основных клинико-функциональных показателей у пострадавших горнорабочих вследствие острого отравления метаном после лечения ГБО с препаратом «Солкосерил». В РЦПР углубленно обследовано 32 пострадавших горнорабочих, вследствие острого отравления метаном, в возрасте от 20 до 58 лет, средний возраст $37,6 \pm 2,2$ лет, а подземный стаж работы от 1,5 до 28 лет, в среднем $11,9 \pm 2,5$ лет. Контролем были 30 горнорабочих аналогичного возраста и стажа. ГБО проводили пострадавшим с острыми отравлениями метаном в барокамерах типа ОКА-МТ при давлении кислорода 1,5 ата и длительности сеанса изопрессии 60 минут с общим количеством 10 сеансов. За 2 часа перед сеансом ГБО вводили внутривенно «Солкосерил» 5 мл раствора.

Течение болезни пострадавших после проведенного лечения характеризовались значительным улучшением состояния у $68,75 \pm 8,19\%$ случаев ($\chi^2=12,83$, $p=0,003$), в $25,00 \pm 7,65\%$ – незначительным улучшением ($\chi^2=0,99$, $p=0,31$) и только у $6,25 \pm 4,27\%$ из всех пострадавших состояние осталось без существенных изменений ($\chi^2=10,09$, $p=0,0015$).

После курса ГБО с препаратом «Солкосерил» у пострадавших, относительно к неврологическому анамнестическому вопроснику проф. К.Ф. Клауссена, статистически достоверно снизилось количество таких симптомов, как головная боль с $90,62 \pm 5,15\%$ до $18,75 \pm 6,89\%$ при ($\chi^2=33,36$, $p<0,001$), головокружение с $81,25 \pm 6,89\%$ до $6,25 \pm 4,27\%$ при ($\chi^2=36,57$, $p<0,001$), тошнота с $53,12 \pm 8,82\%$ до $9,37 \pm 5,15\%$ при ($\chi^2=14,25$,

$p<0,001$), рвота с $40,62 \pm 8,68\%$ до $6,25 \pm 4,27\%$ при ($\chi^2=10,54$, $p=0,0012$), слабость с $87,50 \pm 5,84\%$ до $25,00 \pm 7,65\%$ при ($\chi^2=25,40$, $p<0,001$), бессонница с $50,00 \pm 8,83\%$ до $12,50 \pm 5,84\%$ при ($\chi^2=10,47$, $p=0,0012$), раздражительность с $31,25 \pm 8,39\%$ до $9,37 \pm 5,15\%$ при ($\chi^2=4,73$, $p=0,029$), забывчивость с $56,25 \pm 8,76\%$ до $15,62 \pm 6,41\%$ при ($\chi^2=11,47$, $p<0,001$), эмоциональная лабильность с $31,25 \pm 8,39\%$ до $6,25 \pm 4,27\%$ при ($\chi^2=6,56$, $p=0,01$), повысилась жизненная активность с $15,62 \pm 6,41\%$ до $50,00 \pm 8,83\%$ при ($\chi^2=8,58$, $p=0,0034$).

Результаты оценки вегетативной реактивности, согласно с пробой Ашнера, характеризовались достоверным снижением симпатикотонических ответов с $78,1 \pm 7,3\%$ до $37,5 \pm 8,6\%$ при ($\chi^2=10,83$, $p=0,001$) и повышением нормотонических реакций с $15,6 \pm 6,4\%$ до $46,9 \pm 8,8\%$ при ($\chi^2=7,27$, $p=0,007$) на фоне недостоверного увеличения парасимпатикотонических реакций с $6,3 \pm 4,3\%$ до $15,6 \pm 6,4\%$ при ($\chi^2=1,44$, $p=0,229$).

После реабилитационного курса ГБО с препаратом «Солкосерил» отмечалась тенденция к уменьшению времени зрительно-моторной реакции с $0,519 \pm 0,024$ с до $0,480 \pm 0,007$ с ($W=1,833$, $p=0,066$; $Z=1,322$, $p=0,185$) и статистически достоверно увеличилась скорость переработки информации с $5,781 \pm 0,162$ бит/с до $6,212 \pm 0,402$ бит/с ($W=2,194$, $p=0,028$; $Z=2,228$, $p=0,025$), отмечалась тенденция к уменьшению сопротивления кожи с $61,71 \pm 7,83$ кОм до $(43,09 \pm 1,97)$ кОм $W=1,685$, $p=0,091$; а также значительно сократилось количество ошибок с $25,43 \pm 1,63$ до $19,65 \pm 0,77$ ($W=3,081$, $p=0,0002$; $Z=2,228$, $p=0,025$).

Таким образом, сеансы ГБО в сочетании с препаратом «Солкосерил» являются достаточно эффективными, по результатам клинических и инструментальных исследований, поэтому можно рекомендовать такой комплексный метод для широкого использования при вторичной профилактике горнорабочих вследствие острого отравления метаном.

Токарева Д.В., Полякова А.В., Вознюк И.А.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

ПАРЕЗ И БОЛЬ В ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА: ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Наиболее частым последствием инсульта остаются двигательные нарушения различной степени выраженности, являющиеся одной из главных причин инвалидности у лиц трудоспособного возраста. По оценке некоторых авторов, ведущей причиной потери трудоспособности у 80% таких пациентов является парез руки (особенно кисти), при этом полное восстановление функции через 6 месяцев после развития заболевания наблюдается только в 11,6% случаев. Распространенность постинсультного болевого синдрома в области плеча варьирует от 16 до 80%. Сроки возникновения постинсультной боли в плече – от 2 нед. до 2-3 мес. после перенесенного инсульта.

Боли в области плечевого сустава у пациентов после ОНМК возникают в результате воздействия ряда факторов, которые можно разделить на две группы: 1) причины, связанные с неврологическими механизмами, 2) локальные причины, обусловленные повреждениями околоуставных тканей.

Основой профилактики боли в плече у пациентов после инсульта являются правильные уход и перемещение, а также позиционирование конечности, что крайне важно в первые дни после инсульта.

Лечение болевого синдрома в области плеча у пациентов после ОНМК должно быть направлено на: 1) нормализацию мышечного тонуса и уменьшение степени подвывиха (электростимуляция мышц плечевого сустава, лечебная физкультура, массаж, ботулинотерапия, фиксация плечевого сустава), 2) уменьшение боли (применение лекарственных препаратов, диадинамических (ДДТ) и синусоидальных модулированных (СМТ) токов, электрофорез анальгетиков на область сустава, ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (pTMC) на область пер-

вичной двигательной коры или дорсолатеральной префронтальной коры), 3) лечение воспаления капсулы плечевого сустава (инъекции стероидных препаратов, ультрафонофорез противовоспалительных препаратов, лазеротерапия).

Надо отметить, что электромиостимуляция у постинсультных пациентов кроме воздействия на тонус и трофику мышц способствует активации афферентной стимуляции, что приводит к растормаживанию заблокированных центров головного мозга вокруг ишемизированного участка.

pTMC на область первичной двигательной коры или дорсолатеральной префронтальной коры оказывает долгосрочный анальгетический эффект у пациентов с хроническим болевым синдромом и вызывает стимуляцию нейропластичности.

Наилучший реабилитационный эффект дает стимуляция афферентной и эфферентной систем при помощи активации центрального и периферического отделов корково-мышечного тракта, а также афферентных структур нервно-мышечного аппарата.

Таким образом, адекватное ведение постинсультных пациентов с парезом и болью является важной составляющей комплексной реабилитации и требует соблюдения мультидисциплинарного принципа. Купирование или уменьшение выраженности боли и спастичности после инсульта является важным условием повышения степени восстановления функций пациентов, уровня их социально-бытовой адаптации и улучшения качества жизни. Нейростимулирующие методы являются эффективными методами комплексной реабилитации больных в остром периоде инсульта, курсовое использование которых позволяет добиться ускорения восстановления двигательного дефицита.

Толстык В.И., Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Саидназаров А.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СНЮС-ЧУМА 21 ВЕКА, ИЛИ КАК МОДА УБИВАЕТ НАШИХ ДЕТЕЙ

Снюс представляет собой бездымный табачный продукт, в составе которого содержится

мелкорубленный табак низкого качества, а также, ароматические и вкусовые добавки, придаю-

щие ему особенно привлекательные для детей свойства. По вкусу и внешнему виду снюс напоминает конфеты. Производители, с целью получить прибыль, маскируют этот опасный продукт под кондитерские изделия, упаковывают в яркие обертки, а после – он попадает в свободную продажу.

У подростков снюс особенно популярен по причине отсутствия запаха табака, как при стандартном курении, к тому же он является сравнительно дешевым. Приобрести продукт можно прямо на улице, или в интернет-магазинах. Все эти аспекты в комплексе становятся серьезной угрозой, так как вовремя принять соответствующие меры реагирования родители не могут, подросток может скрывать употребление жевательного табака вплоть до появления явных проблем со здоровьем. Возможность выделиться среди сверстников, завоевать репутацию лидера в коллективе, бесстрашно нарушать установленные правила и казаться взрослым – мечта практически каждого современного подростка. В погоне за этим даже самый послушный ребенок может оказаться жертвой, и не заметить опасности, особенно, если этому способствовало влияние старших и более «авторитетных» товарищей.

Опасность снюса заключается прежде всего в содержащихся в нем ударных доз табака, его способности быстрее всасываться через слизистую оболочку ротовой полости, минуя дыхательную систему, и поступать напрямую в центральную нервную систему, нарушая проведение нервных импульсов. Чем быстрее скорость поступления вещества в головной мозг – тем быстрее развивается зависимость. Подобное действие оказывают инъекционные наркотики. К тому же, высокая вероятность отравления, так как в одной «конфете» может содержаться концентрация табака, равная концентрации его содержания в одной пачке сигарет. Помимо этого, употребление снюса растущим организмом может вызвать

следующие последствия: задержка роста и развития; нарушение социальной адаптации, что является следствием психо-эмоциональных нарушений (ребенок становится замкнутым, порой, агрессивным, не идет на контакт со взрослыми); нарушение памяти, неспособность концентрировать внимание, что негативно влияет на обучение, ребенок не желает посещать школу; ослабление сопротивляемости и общей резистентности организма, что проявляется в виде частых и затяжных по течению заболеваний, неадекватной со стороны организма реакцией на лечение; заболевания желудочно-кишечного тракта различной локализации и тяжести течения (острый гастрит, гастродуоденит, нередко переходящий в хроническую форму течения); аллергические реакции немедленного типа (анафилактический шок) при постепенной сенсибилизации организма (длительное употребление ребенком снюса), и замедленного типа (местные кожные проявления в виде сыпи по типу крапивницы); авитаминоз, не поддающийся коррекции питанием и дополнительным приемом витаминных комплексов. При отравлении (передозировке) снюсом у ребенка может возникнуть острый психоз, характеризующийся потерей ориентации в пространстве, галлюцинациями (синдром деперсонализации-дереализации). Быстро развивающаяся полиорганная недостаточность может привести к летальному исходу.

Задача родителей – своевременно распознать угрозу, и предотвратить возможные последствия, которые могут стоить здоровья, а иногда и жизни вашему ребенку.

Сохранение здоровья подрастающего поколения, его полноценное физическое и психологическое развитие, обучение детей базовым основам здорового образа жизни – главные составляющие благополучия нации, его развития и процветания. Дети – наше будущее, давайте сохраним его общими усилиями!

Толченникова Е.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУССОЦИИРОВАННЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ

Вирусассоциированным гломерулонефритом (ГН) называется нефрит, при котором установлена этиологическая или патогенетическая роль вирусной инфекции. Вирусные инфекции являются фактором прогрессирования многих заболеваний почек вследствие повреждения клубочкового аппарата и интерстициальной тка-

ни. К вирусам, роль которых установлена в развитии патологии почек относят вирус гепатита В (HBV), вирус гепатита С (HCV), вирус простого герпеса 1 и 2 типов, Эпштейн-Барр вирус (герпесвирус человека 4 типа), цитомегаловирус (герпесвирус человека 5 типа), вирусы герпеса человека 6 и 7 типа.

Согласно современным воззрениям в патогенезе вирусассоциированного ГН имеют значение нарушение противовирусного иммунитета, в том числе интерфероногенеза, дисфункция клеточного звена иммунитета, нарушение элиминации вирус-детерминированных иммунных комплексов и отложение их в клубочках, повреждение вирусом почечных клеток, что приводит к развитию тубулоинтерстициального компонента, а также образование вирус-детерминированных иммунных комплексов в гломерулах.

Основными клиническими особенностями вирусассоциированного ГН являются высокая частота обострений, торпидное течение ГН, формирование более тяжелых и часто резистентных к традиционной терапии форм заболеваний, вовлечение в патологический процесс как гломерулярных структур, так и тубулоинтерстициальной ткани.

В исследованиях Горчаковой Л.Н. доказана роль вируса простого герпеса 1 типа у детей с острым ГН. Антигены вирусов обнаружены как в клубочках, так и интерстициальной ткани у 50% пациентов, причем у детей с острым ГН с нефротическим синдромом (НС) вирус обнаруживается чаще ($q=0,64$), чем у пациентов с нефритическим синдромом ($q=0,2$). У детей с острым ГН с НС при наличии герпесвирусной инфекции 1 типа формируются затяжные и рецидивирующие варианты течения ГН.

Исследования Лутошкина И.С. выявили наличие герпесвирусной инфекции у 90% детей с гормонрезистентным НСи у 45% детей с гормончувствительным НС.

При остром тубулоинтерстициальном нефрите в исследованиях Mansur A. выявлена сопутствующая Эпштейн-Барр вирусная (ЭБВ) инфекция. При этом вирус обнаруживался в клубочковой системе, но в большей степени в тубулярной ткани.

У детей с хроническим ГН по данным различных авторов инфицированность герпесвирусными инфекциями достигает $\frac{3}{4}$ больных. При этом частота обнаружения вируса простого герпеса 1 типа выше у детей со смешанной формой хро-

нического ГН ($q=0,7$), чем у пациентов с нефротической и гематурической формами ($q=0,26$ и $q=0,36$, соответственно). Цитомегаловирус (ЦМВ) в 1,5-2 раза чаще определяется в биологических жидкостях пациентов с нефротической и гематурической формами ГН. Нефротическая форма хронического ГН у детей с ЦМВ инфекцией характеризуется гормонрезистентностью и цитостакикорезистентностью, а также формированием неполного нефротического синдрома или нефротического синдрома с гематурией и лейкоцитурией. Инфицированность больных хроническим ГН вирусом гепатита В согласно данным Дина В.В. составляет от 20 до 24,8%. При этом характерно латентное течение гепатита с минимальной активностью, ГН протекает чаще в виде смешанной формы с высокой частотой обострений и недостаточным ответом на стероидные и иммуносупрессивные препараты.

По данным собственных исследований частота инфицированности герпесвирусными инфекциями детей с гематурической формой хронического ГН установлена в 77% наблюдений. С наибольшей частотой констатировано наличие ЭБВ инфекции (у 49% детей). Кроме того, выявлена инфицированность цитомегаловирусом в 37% случаев, герпесвирусом 1 и 2 типа – в 33% случаев, герпесвирусом 6 типа – в 28% случаев. Установлено, что сопутствующая инфекция влияла на течение ГН, моделируя торпидное течение и поддерживая активность заболевания.

Таким образом, данные отечественной и зарубежной литературы, а также собственные данные, свидетельствуют о многочисленной группе вирусассоциированных ГН, при которых вирусная инфекция является этиологическим фактором или ее присоединение осложняет течение ГН, обуславливает резистентность к традиционной терапии. Вирусассоциированные ГН требуют расширенного обследования пациента, определенного подхода к терапии с использованием противовирусного и иммуномодулирующего лечения. От хорошо продуманной врачом тактики ведения таких пациентов зависят течение и прогноз заболевания.

Трофимец Е.К., Максютенко С.И., Коваленко О.Г.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО, Кафедра общей стоматологии ФИПО

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У КУРИЛЬЩИКОВ ТАБАКА

В настоящее время сведения о негативном влиянии табакокурения на состояние организма в целом и на состояние тканей и органов полости рта относятся к широкоизвестным и не вызыва-

ют сомнения. Поскольку полость рта является первым барьером на пути табачного дыма в организме человека, с самыми ранними проявлениями табакокурения сталкивается стоматолог.

Так, известно, что курение способствует раннему появлению и прогрессированию болезней твердых тканей зубов, вызывает окрашивание зубов, а также приводит к развитию специфических для курильщиков заболеваний слизистой оболочки полости рта. Нарушая биохимический состав слюны, табачный дым и высокая температура повышают риск развития заболеваний пародонта.

Цель исследования – изучить состояние тканей пародонта у пациентов-курильщиков табака.

Материал и методы. Проведено обследование тканей пародонта у 63 пациентов, явившихся к стоматологу с целью проведения профессиональной гигиены полости рта. Из них 35 пациентов выкуривали по 10-15 сигарет в день. 28 пациентов сообщили, что никогда не курили. Все пациенты относились к возрастной группе 25-35 лет. При обследовании полости рта обращали внимание на состояние десны, определяли индексы Грина-Вермиллиона, РМА, PI Russel и комбинированный индекс CPITN.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено ухудшение гигиенического состояния полости рта у пациентов обеих групп. При этом более выраженное повышение индекса гигиены отмечалось у мужчин ($1,63 \pm 0,14$ балла в группе 1 и $0,91 \pm 0,08$ балла в группе 2). В группе мужчин-курильщиков хорошая гигиена полости рта наблюдалась у 4 человек, удовлетворительная – у 14 человек. Среди мужчин, которые не курили, количество особ с хорошим уровнем гигиены составляло 8 человек

и у 8 пациентов отмечали удовлетворительный уровень. У женщин состояние гигиены полости рта было несколько лучше, однако зависимость от курения также прослеживалась. Так, значение индекса Грина-Вермиллиона у женщин группы 1 составило $1,26 \pm 0,11$ балла, среди женщин группы 2 – $0,65 \pm 0,09$ балла. Также различалось в группах количество женщин с различным уровнем гигиены: с хорошей гигиеной было 6 женщин в группе 1 и 9 женщин в группе 2. С уровнем гигиены тесно связаны значения индексов РМА и PI Russel. В группе 1 индекс РМА составил 63,7%, в группе 2 – 48,5%. Значение PI Russel в группе 1 составило $1,53 \pm 0,12$ балла, что соответствовало средней степени пародонтита. В группе 2 индекс PI Russel составил $1,03 \pm 0,09$ балла и свидетельствовал о легкой степени пародонтита. Комбинированный индекс нуждаемости в лечении тканей пародонта CPITN в группе 1 составил $3,25 \pm 0,19$ балла, в группе 2 – $2,35 \pm 0,21$ балла. Различия данного показателя требуют разных подходов к лечению: если во второй группе для восстановления нормального состояния пародонта достаточно провести профессиональную гигиену и обучить пациента грамотному проведению индивидуальных гигиенических мероприятий, то в первой группе к данным методам необходимо добавить консервативное лечение пародонтита и кюретаж пародонтальных карманов.

Выводы. Среди пациентов – курильщиков отмечается высокая распространенность патологии пародонта и нуждаемость в пародонтологическом лечении у них выше, чем у некурящих пациентов.

Труфанов И.М., Шакалов Ю.Б., Горбачев О.О.

Республиканский травматологический центр, г.Донецк

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ

Одной из актуальных проблем травматологии и ортопедии остается проблема эффективного лечения переломов и ложных суставов ладьевидной кости кисти. В функциональном плане кистевой сустав играет важную роль в работе верхней конечности (Волкова А.М., 1996). Частота переломов костей запястья, по данным различных авторов колеблется от 2,1 – 5% переломов костей кисти. Ладьевидная кость, как наиболее подвижная из всех костей запястья, чаще всех подвергается травматизации и достигает 73% переломов всех костей запястья. При этом частота ложных суставов составляет 7-25%. Это

связано со значительной частотой данных повреждений, недостаточно эффективной диагностикой и лечением. В основе осложнений в виде несращений лежит поздняя диагностика данного повреждения. Большинство из имеющихся клинических симптомов не всегда имеют заметную диагностическую ценность, а на стандартных Ро-граммах не всегда возможно проследить линию перелома из-за особенностей плоскости и уровня перелома.

За период с 2013 по 2020г. в нашей клинике наблюдалось 29 пациентов с повреждением ладьевидной кости. 6 с переломами ладьевидной

кости, 23 с ложными суставами. Все пациенты – мужчины трудоспособного возраста от 16 до 48 лет, что в очередной раз подчеркивает актуальность данной патологии.

При постановке диагноза и определении тактики лечения нами используется классификация Herbert

Свежие переломы ладьевидной кости типа А, А1, А2 поддаются лечению длительной непрерывной иммобилизацией гипсовой повязкой от 8 недель до 6 месяцев с этапными Рo-контролями каждые 4 недели, и заменой гипсовой повязки в случае несостоятельности последней, по данным разных авторов [Soto-Hall R., Holdemann K., 1941; Russe O. 1960; London P., 1961] сращение такого рода повреждений при консервативном лечении может наступать в 94-98% случаев. Основным недостатком данного метода является длительное ношение гипсовой повязки, что в свою очередь меняет образ жизни пациента, ограничивая трудоспособность и самообслуживание, что касается кистевого сустава – ведет к деформирующему остеоартрозу, остеопорозу костей образующих кистевой сустав, развитию суставных контрактур, которые в последующем не всегда дают желаемых функциональных результатов, а прогрессирующий деформирующий остеоартроз, в некоторых случаях, может потребовать последующих оперативных вмеша-

тельств. Оперативное лечение переломов и ложных суставов ладьевидной кости кисти включает в себя следующие виды оперативных пособий:

Открытая репозиция, металлоостеосинтез винтами (Herbert, Acutrax, Herbert-Whipple, Twin-Fix)

Открытая репозиция, металлоостеосинтез спицами

Аутокостная пластика (Matti, Russe, Fisk-Fernandez)

Васкуляризованная костная пластика

Межзапястный артродез

Прокладочная артропластика

Styloid-эктомия

Эндопротезирование ладьевидной кости

Удаление проксимального ряда костей запястья

Хирургическое лечение повреждений ладьевидной кости требует дифференциального подхода к каждому конкретному клиническому случаю, четкого определения показаний и противопоказаний к тому или иному виду оперативного пособия. Лечение должно быть направлено на получение максимально стабильного, безболезненного кистевого сустава, что в свою очередь позволит восстановить объем движений, сохранить суставные поверхности от дегенеративных изменений.

Труфанов И.М., Шакалов Ю.Б., Кулебакина Я.А., Глазунов Е.В.

Республиканский травматологический центр, Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького», г.Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ

Актуальность проблемы лечения повреждений кисти и пальцев обусловлена высоким удельным весом травм кисти и пальцев среди всех повреждений опорно-двигательного аппарата (26,1% – 30%), из них открытые повреждения кисти могут составлять 55% и выше. Нередко повреждения кисти сопровождаются дефектом покровных тканей, а показания к пересадке кожи могут устанавливаться в 50% случаев.

Вопрос о наличии показаний и противопоказаний к реконструкции дефекта у конкретного пациента, должен быть решен на этапе первичной хирургической обработки. Любой кожный дефект на кисти диаметром более 2 см должен быть закрыт пластическим путем, так как такие раны в данной анатомической области, не удается ушить без риска вызвать значительное натяжение тканей, сдавления сосудисто-нервных

структур, образования стягивающих рубцов.

В связи со стремительным прогрессом и расширением арсенала микрохирургических операций приоритет выбора способа пластики исходит из концепции «реконструктивного лифта», целью которой является достижение максимального результата уже на первом этапе лечения. В то же время, не стоит отказываться от зарекомендовавшей себя традиционной системы «реконструктивной лестницы», которая хорошо проверена временем.

Выбор способа пластики в каждом конкретном случае строго индивидуален и зависит от характера и степени повреждения, его локализации, профессии, возраста и запросов больного. При первичных кожнопластических операциях стоит задача выбрать наиболее рациональный способ – оперативное вмешательство должно

быть относительно простым, без риска нанести дополнительные повреждения кисти, но, вместе с тем, обеспечить восстановление покровов с благоприятным анатомическим и функциональным исходом. Кожа вблизи дефекта наиболее функционально пригодна для реконструкции, следовательно – в первую очередь рассматривается возможность пластики местными тканями. Широкое применение в нашей практике нашли V-Y лоскуты по Atasoy для реконструкции торца трехфаланговых пальцев, смещенный лоскут Moberg – для замещения торцевых дефектов 1 пальца. Данные методы позволяют закрывать торцевые дефекты пальцев без ущерба для донорской зоны, а также обеспечивают удовлетворительный функциональный и косметический результат. При невозможности проведения местной кожной пластики, в частности, для обширных дефектов кисти, используется способ восстановления кожного покрова островковыми или осевыми на питающей ножке лоскутами. Однако, сфера применения лоскутов на осевом кровоснабжении строго ограничена такими осо-

бенностями как общее тяжелое состояние пациента, возраст, степень повреждения сосудов (например, при наличии сердечно-сосудистой патологии), никотиновая зависимость. Наличие соответствующих ограничений, ставит показание к применению лоскутов с хаотичным (неосевым) типом кровоснабжения на временной питающей ножке (пластика итальянским методом). Такие лоскуты содержат подкожно-жировую клетчатку, а при необходимости, и фасцию, что повышает функциональные возможности кисти. Сохраняя постоянную связь с донорским участком, лоскуты на питающей ножке более устойчивы к инфекции и создают дополнительный источник кровоснабжения дна и стенок раны.

Таким образом дифференцированное применение кожнопластических операций в практической деятельности, позволяет более полноценно восстановить анатомию и функцию пальцев и кисти в целом, снизить количество неудовлетворительных результатов лечения, сократить сроки пребывания в стационаре и реабилитации.

Труфанов И.М.¹, Кирьякулова Т.Г.², Шакалов Ю.Б.¹, Рыбалко А.С.¹, Рудской С.А.²

¹Республиканский травматологический центр, Донецк

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького», г.Донецк

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛИГАМЕНТИТОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Одной из обширных и малоизученных областей современной медицины являются внесуставные заболевания опорно-двигательного аппарата, которые в доступной литературе объединены общим названием – «внесуставной ревматизм». По данным доступной литературы, среди заболеваний сухожильно-связочного аппарата кисти стенозирующие процессы фиброзных каналов составляют до 43,8%, а стенозирующие лигаментиты (стеноз сухожильного канала) пальцев кисти составляют до 22,3% случаев.

С нашей точки зрения, несмотря на частоту данной патологии и наличие клинического опыта ее лечения, на сегодняшний день нет общепринятого мнения относительно диагностики и лечения стенозирующих лигаментитов пальцев кисти, отсутствуют четкие критерии для определения стадии процесса, показаний для оперативного вмешательства, что в значительной мере приводит к пролонгации сроков до начала лечения.

Согласно имеющихся данных литературы, ведущим методом диагностики стенозирующего лигаментита является клинический метод. Одна-

ко для визуализации процесса стенозирования фиброзного канала используют ультразвуковое исследование. По данным литературы УЗИ картина при данном заболевании характеризуется увеличением сухожилия в объеме, утолщение синовиального влагалища, в острых случаях можно наблюдать синовиальный выпот. При большой длительности заболевания обнаруживают утолщение кольцевидной связки.

В настоящее время выделяют три стадии (или фазы) в течении стенозирующего лигаментита. Первая стадия: заболевание начинается всегда с болей в типичном месте (проекция кольцевидной связки) при надавливании у проксимального края сухожильного влагалища над пястно-фаланговым суставом. Пациенты отмечают периодические затруднения полного сгибания и разгибания пальца, особенно утром. Через некоторое время при сгибании палец защелкивается (симптом «щелчка») и остается в этом положении, при этом в момент защелкивания возникает сильная боль, которая быстро самостоятельно проходит. При отсутствии лечения, через 3-6 мес. от начала, заболевание переходит в следую-

щую стадию.

Вторая стадия: защелкивание становится более частым, сопровождается болями, которые сохраняются длительно после устранения патологической установки пальца. Защелкивание на этой стадии не удается устранить без физической нагрузки.

При третьей стадии заболевания беспокоит ограничение функции пальцев, стойкая контрактура, из которой больной не может вывести палец без помощи второй руки или же отмечается патологическая сгибательная установка. Боль после защелкивания остается надолго и распространяется по всей руке.

По нашему мнению, остается открытым вопрос выбора тактики лечения – консервативного или оперативного (лигаментотомия). Лечение стенозирующего лигаментита должно быть ком-

плексным и направленным на устранение воспалительного компонента, купирование болевого синдрома и декомпрессию сухожилия в области фиброзно измененной связки.

Обязательным условием купирования воспалительного процесса является устранение нагрузки на кисть. Для этого применяют фиксацию кистевого сустава и пальцев кисти ладонной гипсовой шиной или шиной Беллера в среднефизиологическом положении до 2х недель. Медикаментозная терапия, направленная на купирование болевого синдрома и воспалительного процесса, включает нестероидные противовоспалительные средства и кортикостероиды. Так же одним из возможных методов лечения заболевания на ранних стадиях является инъекционное ведение гормональных препаратов (Дипроспана или его аналогов) под кольцевидную связку.

Труфанов С.Ю., Заика А.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПОИСКА УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ

Актуальность. Для успешного эндодонтического лечения весьма важно знание вариаций количества корневых каналов, так как одной из самых распространенных ошибок, влекущих за собой развитие осложнений, является пропущенный дополнительный канал. Так, согласно данным исследований, распространенность дополнительного канала в медиально-щечном корне составляет от 67% в первых молярах верхней челюсти и около 44% во вторых молярах, что соответствует достаточно высокому уровню встречаемости. Выявление дополнительных каналов и адекватная их обработка является крайне важным аспектом работы врача.

Цель. Систематизировать данные о возможных топографических ориентирах расположения устьев корневых каналов, позволяющих обнаружить, в полной мере обработать и правильно obturировать каждый участок системы корневых каналов.

Материалы и методы. Методом, который был использован для сбора необходимой информации, является анализ работ отечественных и зарубежных врачей-эндодонтистов, а также использование официальных статистических данных по данному вопросу.

Результаты и их обсуждение. Среди общеизвестных методов, позволяющих обнаружить дополнительные каналы, прежде всего, следует отметить использование в практике стоматоло-

гического микроскопа. Статистические данные гласят, что без наличия увеличения возможно найти дополнительный канал в 17,2% случаев, в то время как с использованием стоматологического микроскопа дополнительные каналы обнаруживаются в 71,1% случаев. Среди особых тестов позволяющих найти устья дополнительных корневых каналов наиболее информативными являются: тест «белой линии», тест с образованием пузырей, тест «красной линии», цветовой тест и тест на красители. Тест «белой линии» заключается в том, что при создании доступа с использованием бора образуются опилки, скапливающиеся в естественных анатомических пространствах, например, в бороздках, расположенных на дне зубной полости. Это создает условные «белые линии». Данный рельеф, образующийся после препарирования, можно использовать для поиска устьев дополнительных каналов. Тест «красной линии» целесообразно использовать в витальных зубках. После формирования доступа в витальном зубе остатки пульпы, несомненно, будут сильно кровоточить. После остановки данного кровотечения можно увидеть маленькие капли крови, выступающие из бороздок на дне зубной полости. Они также, безусловно, являются индикатором наличия дополнительной анатомии. Тест на пузыри является общеизвестным и описан во множестве учебников. Для осуществления данной методи-

ки в полость зуба вносят раствор гипохлорита натрия, сразу диссоциирующий на ионы натрия и хлорида с выделением кислорода во время его контакта с органическими тканями пульпарной полости. Произошедшая реакция проявляется появлением пузырей на дне полости зуба в местах расположения устьев корневых каналов.

Туленинова Л.Е., Демкович О.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НЕКОТОРЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ, ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Риск присутствует практически во всех сферах человеческой жизни. «Рискология» это научное направление, нашедшее свое место во многих дисциплинах, в том числе и эпидемиологии. Категория «риск» и понятия «фактор риска», «группа риска», «территория риска» и «время риска» не только формируют предметную область рискологии, но являются базовыми понятиями концепции профилактической медицины и эпидемиологии.

«Эпидемиологический риск – это вероятность негативного влияния на заболеваемость и/или ее следствия отдельных групп или всего населения посредством воздействия различного сочетания факторов внешнего воздействия природной, техногенной и социальной среды, а также свойств или особенностей человека, действующих в определенное время и на определенной территории.

Понятие «риск» многогранно и многомерно, что объясняет отсутствие единой классификации рисков. Наиболее часто выделяют – внешние и внутренние факторы. К внутренним рискам относятся общественные явления и природные факторы, характерные для данной территории: инфекционные болезни, способные к массовому распространению среди людей и животных; естественные резервуары патогенных микроорганизмов (насекомые, грызуны, птицы и др.); искусственные «резервуары» патогенных микроорганизмов; биологические катастрофы. К внешним рискам относятся заносы инфекционных болезней, способных к распространению среди населения; биотерроризм.

Проблема Лихорадки Западного Нила (ЛЗН) весьма актуальна для нашего региона. Проанализировав заболеваемость ЛЗН в Донецкой Народной Республике (ДНР), обращает на себя вни-

Выводы. Знание стоматологом анатомии системы корневых каналов, а также ее часто встречающихся вариаций – неотъемлемая часть успешного эндодонтического лечения, гарантирующая успех лечения и позволяющая избежать многих ошибок и осложнений.

мание тенденция повышения ее уровня от 0,07 (2011 г) до 0,44 (2019 г). В ДНР существуют как внутренние, так и внешние эпидемиологические риски распространения этого заболевания, даже единичные случаи которого рассматриваются Международными медико-санитарными правилами ВОЗ (2005) как чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения.

Внешние риски определяются возможностью трансграничного заноса вируса с территорий Ростовской области РФ и Запорожской области Украины (энзоотичных по данному заболеванию) мигрирующим населением и перелетными птицами. Общность природно-климатических условий, рельефа и растительности, видового состава животных и птиц, объектов водопользования обуславливают существование трансграничных очагов ЛЗН.

Внутренние риски связаны с формированием новых и поддержанием активности существующих природных и антропогенных очагов на территории ДНР. Возможность распространения ЛЗН определяется, прежде всего, наличием зараженных птиц, как перелетных, так и синантропных (особенно врановых и голубей) и условиями, необходимыми для развития вируса в комарах (продолжительность периода с температурой выше 100 С должна быть не менее 135 дней), что возможно не только благодаря изменившимся природно-климатическим условиям (за десятилетие температура воздуха стала выше на 0,6-0,9°C), но и возросшей роли подвальных комаров (риск заражения жителей домов, в подвалах которых имеются условия для их круглогодичного выплода).

Для управления эпидемиологической ситуацией по ЛЗН в ДНР необходимо проведение оценки эпидемиологических рисков, что позво-

лит целенаправленно определить и выбрать силы и средства профилактики, принять адекватные

управленческие решения для поддержания эпидемического благополучия на территории ДНР.

Туренко С.А., Колесников Д.А., Дегтярь Е.С., Борщ Д.В., Кондуфор О.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

НАРУШЕНИЕ ПРОБЛЕМНО-РЕШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЛИЧНОСТНЫМ ДЕФЕКТОМ УРОВНЯ РЕДУКЦИИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

Для шизофрении характерно сочетание позитивных, негативных симптомов и патологии когнитивной сферы. Между дефицитарным компонентом заболевания и нейрокогнитивными нарушениями существует определенная связь: по своей сути они способны взаимно усиливать друг друга. Поэтому особый интерес представляет вопрос влияния одного из проявлений негативных симптомов в виде личностного дефекта на когнитивные нарушения пациентов с шизофренией.

Целью нашего исследования стало определение влияния дефекта личности уровня редукции энергетического потенциала на проблемно-решающее поведение больных шизофренией.

В ходе исследования приняло участие 30 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения, находящихся на стационарном лечении в ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР. Среди них: 18 мужчин и 12 женщин, средний возраст которых составил $45,4 \pm 5,8$ лет. Все пациенты были разделены на две исследуемые группы: 1-я – пациенты без дефекта по типу редукции энергетического потенциала ($n=17$), 2-я – пациенты с дефектом уровня редукции энергетического потенциала ($n=13$). Диагнозы верифицированы по критериям МКБ-10. Для определения типа дефекта использовался глоссарий психопатологических синдромов и состояний. Использовался клинкопсихопатологический, катамнестический, психометрический методы (для оценки когнитивных функций – ВАСС, определения выраженности

продуктивной и дефицитарной симптоматики – PANSS). Статистическая обработка проводилась в программе STATISTICA 12.5 с использованием критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

По результатам исследования можно сказать следующее. Пациенты 1-й группы показали более высокий балл по субтесту на оценку проблемно-решающего поведения ВАСС – на 5,4 балла ($p < 0,05$). Аналогичными были результаты при сравнении композитного балла ВАСС – на 43,3 балла больше у пациентов 1-й группы ($p < 0,05$). Более высокая выраженность позитивных и негативных симптомов наблюдалась у 2-й группы (на 4,8 и 7,4 балла больше, $p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа удалось выявить высокую прямую взаимосвязь между субтестами оценки проблемно-решающего поведения и суммарным баллом ВАСС ($r=0,797$, $p < 0,05$). Субшкала негативных симптомов PANSS имела высокую обратную корреляцию с субтестом проблемно-решающего поведения ($r=-0,755$, $p < 0,05$) и композитным баллом ВАСС ($r=-0,788$, $p < 0,05$). Шкала оценки продуктивной симптоматики по результатам корреляционного анализа показала аналогичные результаты ($r=-0,725$ и $r=-0,741$, $p < 0,05$).

Таким образом, дефект уровня редукции энергетического потенциала способен оказывать негативное влияние на проблемно-решающее поведение пациентов с шизофренией.

Туркина А.Г., Игнатенко Г.А., Цыба И.Н., Тарадин Г.Г., Немченко И.С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России, Москва, РФ; ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КЛОНАЛЬНЫХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭОЗИНОФИЛИЕЙ

Цель. Охарактеризовать гиперэозинофильные состояния, выделив реактивные, миелопролиферативные заболевания (МПЗ) с эозинофи-

лией (МПЗ-эо), миелопролиферативный вариант гиперэозинофильного синдрома (МП-ГЭС) и собственно гиперэозинофильный синдром

(ГЭС) и оценить результаты различных видов терапии МПЗ-эо и МП-ГЭС: частоту достижения полного гематологического (ПГО) и молекулярного ответов (МО) при лечении иматинибом в зависимости от молекулярных маркеров и их стабильность у больных PDGFRA и PDGFRB – позитивными вариантами МПЗ.

Материалы и методы. В исследование включены 188 больных (мужчин -132, женщин – 56; возраст 19-72 г.), наблюдавшихся в ФГБУ НМИЦ гематологии МЗРФ. Основным критерием включения в исследование являлись эозинофилия в периферической крови ($\geq 1,5 \times 10^9/\text{л}$). Всем больным выполнялись общеклинические, рентген- и/или томографические и сонографические исследования, иммунохимическое исследование белков крови с оценкой уровня IgE, комплексная диагностика онкологических и лимфопролиферативных заболеваний. Выполнялись стандартное цитогенетическое исследование клеток костного мозга; молекулярно-генетическое исследование методом ревертранскриптазной полимеразной цепной реакции (RT-PCR) для выявления транскриптов FIP1L1-PDGFRB и ETV6-PDGFRB в клетках костного мозга и/или периферической крови; FISH для выявления структурных нарушений генов PDGFRA, PDGFRB, FGFR1; гистологическое и иммуногистохимическое исследования трепанобиоптата подвздошной кости. Для выявления клинических и гематологических особенностей течения МПЗ-эо, проводился сравнительный анализ однотипных показателей в группе больных с реактивной эозинофилией (РЭ).

Лечение проведено 73 больным (мужчин – 63, женщин – 10), представленных больными с клональными МПЗ (PDGFRA+ (n=39), PDGFRB+ (n=2), FGFR1+ (n=1)), хроническим эозинофильным лейкозом (CEL-NOS, n=8), системным мастоцитозом (CM, n=1) и МП-ГЭС (n=22). Критериями эффективности терапии являлись достижение ПГО и МО при лечении

иматинибом, определявшегося как отсутствие экспрессии генов FIP1L1-PDGFRB и ETV6-PDGFRB при исследовании методом RT-PCR. У 17 FIP1L1-PDGFRB-позитивных больных с ПГО и МО ≥ 2 лет предпринималась попытка уменьшения дозы иматиниба. Статистическая обработка данных проведена с применением программ STATISTICA 12.0, XLSTAT 2014.

Результаты. Исследование позволило выявить причину эозинофилии у 117 из 188 больных (62,2%). РЭ диагностирована у 60 из 117 пациентов (32%), клональные МПЗ – у 57 (30%). У оставшихся 71 больного (38%) на первых этапах исследования сохранялся диагноз ГЭС, позднее из этой группы были выделены пациенты с МП-ГЭС – 22 (30,9%). В группе больных, получавших иматиниб, ПГО был получен в 37 из 41 (90%) случаев: у 36 больных с FIP1L1-PDGFRB-позитивным МПЗ и у 1 больного с ETV6-PDGFRB-позитивным МПЗ; МО достигнут в 88% случаев. В группе больных, получавших иную терапию, ПГО достигнут не был. У 17 пациентов с полученными ПГО и МО в различные сроки и стабильно сохраняющимися в течение ≥ 2 лет, предпринята попытка деэскалации дозы иматиниба: кратность приема препарата была уменьшена до 100 мг через день – 100 мг 2 раза/нед. У 13 больных (77%) сохраняется ПГО, а у 11 – подтверждено сохранение и МО.

Выводы. Применение в терапии МПЗ-эо ингибиторов тирозинкиназ (ИТК) приводит, в большинстве случаев, к длительным, как гематологическим, так и молекулярным ремиссиям, а достижение ПГО при терапии ИТК у больных без молекулярных маркеров, характерных для МПЗ-эо (по нашим данным в 26% случаев), позволяет рекомендовать раннее применение этих препаратов при остром течении ГЭС. Многолетняя продолжительность ремиссий делает возможным апробацию различных вариантов применения ИТК.

Тутов С.Н., Былым Г.В., Джеломанова С.А., Литвинова Е.В., Подоляка Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

ВАРИАНТЫ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ И ОЖИРЕНИЕМ

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение вариантов стимуляции овуляции у женщин с СПКЯ и ожирением.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 46 пациенток с СПКЯ, нарушением толерантности к глюкозе и ожирением

находящихся под наблюдением в женской консультации ЦГКБ №3 г. Донецка. Исследованные были подразделены на две клинические группы: в первую (основную) вошли 25 (51,8%) женщин с поликистозом яичников, нарушением толерантности к глюкозе и ожирением, полу-

чавших комбинированное лечение кломифеном цитрата (КЦ) и метформинем (МФ). Во вторую (контрольную) – 21 (48,2%) вошли пациентки с поликистозом яичников, нарушением толерантности к глюкозе и ожирением которые получали монотерапию только кломифеном цитрата. В обеих группах лечение проводилось с 7 по 21 день менструального цикла. Пациентки были в возрасте от 16 до 36 лет, средний возраст которых составил 26,3+5,7 лет. При обследовании больных изучались данные анамнеза, проводились: биохимические, общеклинические, гормональные обследования, тест на толерантность к глюкозе. Для оценки степени выраженности ожирения у больных определяли индекс массы тела.

Результаты исследования и их обсуждение. Произведенное нами комплексное обследование позволяет сделать выводы, что в группе комбинированных препаратов КЦ и МФ овуляция достигнута в 68,4%, а в контрольной группе овуляция достигнута в 59%, коэффициент рождаемости составил 21,1% и 7,9% соответственно. В группе комбинированной терапии с препаратами КЦ и МФ было отмечено увеличение секс-стероидсвязывающего глобулина (СССГ), уменьшение уровня инсулина, значительное увеличение прогестерона на 21 день менструального цикла, а в группе монотерапии КЦ – только увеличение СССГ. В обеих группах было отмечено снижение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ), свободного тестостерона. Сочетание КЦ и МФ снижает степень инсулинорезистентности ИР

у женщин с СПКЯ, тем самым снижая овариальную гиперандрогению. Отмечено также, что применение МФ у женщин с СПКЯ снижает уровень лептина сыворотки крови и уменьшает выраженность ИР, что приводит к снижению степени гиперандрогении и возобновлению овуляторных менструальных циклов. При изучении уровня пролактина по группам выявлено, что уровень его был достоверно повышенным у 34,5% больных основной и 21,4% больных контрольной группы. В базальных уровнях фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов отмечалось преобладание ЛГ в основной группе над контрольной ($p < 0,05$). Уровень тиреотропного и соматотропного гормонов в основной группе достоверно снижен по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). При изучении гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового звена установлено достоверное ($p < 0,01$) повышение уровня адренокортикотропного гормона в обеих группах. Причем, его уровень в основной группе был больше, чем в контрольной.

Выводы. Таким образом, произведенные нами исследования позволяют сделать выводы, что в группе комбинированных препаратов КЦ и МФ овуляция достигнута – в 68,4%, а в контрольной группе овуляция достигнута – в 59%, коэффициент рождаемости составил 21,1% 7,9% соответственно. Это говорит о эффективности предложенной нами схеме лечения женщин с СПКЯ, нарушением толерантности к глюкозе и ожирением

Тюрин Н.С., Тюрина С.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА АКТИВНОСТЬ А -АМИЛАЗЫ СЛЮНЫ

Слюна выполняет различные функции, такие как: пищеварительная, минерализующая, защитная, регуляторная, экскреторная и буферная. Пищеварительная функция состоит в том, что слюна смачивает измельченную пищу тем самым способствуя ее измельчению и пропитыванию муцином. Частичное расщепление сложных углеводов до более простых (олигосахаридов) начинается уже в ротовой полости благодаря тому, что слюна содержит α -амилазу.

В связи с этим, нам было интересно выяснить, какое влияние на активность α -амилазу оказывают те или иные вредные привычки.

Цель работы: оценить влияние никотина из традиционной табачной сигареты и никотин содержащего вейпа на активность амилазы, уста-

новить влияние никотина из классической сигареты и никотина из вейпа на pH слюны, а также установить влияние концентрации слюны на активность фермента амилазы.

Задачи: установить влияние концентрации слюны на активность фермента амилазы, установить влияние никотина из классической сигареты и никотина из вейпа на pH слюны.

Методы исследования: изучение литературы, исследовать активность фермента амилазы по методу Вольгемута, исследовать влияние никотина из табачной сигареты на активность амилазы, исследовать влияние никотина из вейпа на активность амилазы, исследовать влияние никотина из традиционной сигареты и вейпа на pH слюны, сделать выводы.

В начале эксперимента провели исследование влияния концентрации слюны на активность фермента амилазы мы проводили по методу Вольгемута.

В нашем опыте результаты показали это 1 мл. неразведенной слюны способен расщепить 2560 мл. 0,1% раствора крахмала ($X=2 \times 1280 / 1 = 2560$ мл.).

Затем мы выяснили влияние никотина из классической сигареты и никотина из вейпа на активность фермента амилазы.

В результате проделанного опыта мы наблюдали, что в пробирке №1 в которой находится слюна не курящего человека синее окрашивание исчезает и в дальнейшем раствор обесцвечивается. В пробирке №2 в которой находится слюна человека курящего классическую сигарету раствор становится голубого цвета.

В пробирке №3 в которой содержится слюна человека, курящего вейп раствор приобрел светлого синее окрашивание.

Также было исследовано влияние никотина на pH слюны. Средний показатель pH слюны у не курящих людей составил $6,8 \pm 0,2$.

У исследуемых курящих классические сигареты отмечалось изменение pH слюны в кислую сторону $6,2 \pm 0,1$. У людей, курящих вейп также отмечается изменение pH в кислую сторону $6,1 \pm 0,1$.

Возвращение pH к исходному уровню у всех курящих людей происходило через 1 час.

Выводы: 1. В результате было выяснено, что активность фермента амилазы зависит от концентрации слюны т.е. чем выше концентрация слюны, тем быстрее происходит расщепление крахмала.

2. По результатам проведенных опытов можно сделать вывод о том, что расщепление крахмала в пробирках содержащих слюну людей, курящих традиционную сигарету и людей, курящих вейп, происходит не активно, а это значит, что никотин, угнетающе действует на активность амилазы слюны.

3. В результате мы сделали вывод что, pH слюны изменяется под действием никотина, содержащегося в вейпе сильнее, чем из традиционной сигареты.

Тюрина С.В., Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «МЕДИЦИНСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ТОВАРОВЕДЕНИЕ»

На сегодняшний день высшее фармацевтическое образование претерпевает несколько этапов реформирования, которые направлены на совершенствование учебного процесса. Задачи, которые стоят перед ВУЗами на этом этапе, заключаются в формировании конкурентоспособного специалиста, который владеет профессиональными компетенциями, что в свою очередь должно способствовать сокращению сроков и облегчению адаптации выпускника на рабочем месте.

Возросла потребность в фармацевтических кадрах в области логистики, информации, маркетинга, менеджмента, эффективных продаж. Растут и требования рынка труда и для того, чтобы этому рынку соответствовать, специалисту провизору приходится постоянно повышать уровень своих знаний, умений, приобретать навыки, развивать способности и компетенции.

Целью компетентного подхода является преодоление разрыва между знаниями учащегося и его практической деятельностью, научить

учащегося с помощью полученных и усвоенных знаний эффективно решать профессиональные задачи.

Основной целью преподавания Медицинского и фармацевтического товароведения на фармацевтическом факультете, для студентов 4 курса, является подготовка специалиста по учебной программе «Медицинское и фармацевтическое товароведение», который будет обладать своим мышлением, полученными знаниями, необходимыми навыками и умениями, а также способен применить полученную теоретическую базу в своей профессиональной деятельности в условиях инновационного развития рынка.

Преподаватель в настоящее время при проведении традиционных практических занятий должен обязательно разнообразить его ход, используя разные виды современной студенческой деятельности.

Практическая подготовка провизора не может осуществляться без контакта обучаемого с реальной ситуацией и обстановкой. Только при

таких условиях будет формироваться профессиональное мышление на основе реальных данных. Для этого подходят виртуальные тренажеры и симуляторы реальных фармацевтических приборов и аппаратов.

Для преподавания дисциплины «Медицинское и фармацевтическое товароведение» мы используем симуляционные методы обучения – использование учебных прототипов, симуляторов и тренажеров, имеющихся на кафедре. Это реальные устройства, не отличающиеся от реального фармацевтического оборудования, которое постоянно используется в фармации для качественного проведения товароведческого анализа.

Также одним из путей формирования творческого мышления на занятиях является то, что студентам предлагается решить конкретные практические ситуационные задачи, отражающие будущую профессиональную деятельность, приводящих к творческому усвоению нового

способа действия и формирования профессиональных компетенций, лучшему закреплению знаний и умений.

Таким образом, показателем успешности внедрения новых технологий, способствующих погружению учащихся в псевдопрофессиональную среду, является значительное повышение качества знаний и успеваемости учащихся, интереса к выбранной профессии. При реализации компетентностного подхода в обучении студента, мы обеспечиваем качество подготовки конкурентоспособного специалиста, критерием которого будет в данном случае выступать их успешная и профессиональная деятельность.

Необходимо применение новых технологий в обучении, таких как создание симуляционных учебных аудиторий, создание виртуальных средств обучения, использовать новые педагогические методы работы со студентами: кейсы, деловая игра.

Тюрина С.В., Пацкань И.И., Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Лупитько Е.М.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Большое значение в организации системы образования медико-фармацевтического факультета в медицинском вузе имеет ведение учебного процесса таким образом, чтобы максимально сформировать интеллектуальные способности каждого студента, а также привить им самостоятельность. Для достижения этих целей необходим индивидуальный подход к каждому конкретному студенту, с целью выявления способностей к научно-исследовательской работе, необходимо создать мотивации для их поощрения. В связи с тем, что именно образование формирует отношение к науке в обществе.

На современном этапе развития системы высшего профессионального образования, научно-исследовательская деятельность студентов, приобретает все большую актуальность, данный вид деятельности студентов неразрывен с учебным процессом. Обязателен для всех обучающихся и является частью учебного процесса, проводится в учебное время, что имеет отражение в методических указаниях.

Научно-исследовательская деятельность является теоретической и практической базой для подготовки и защиты выпускной квалификационной работы (ВКР). Учитывая специфику

медико-фармацевтического факультета. Подготовка выпускной квалификационной (дипломной) работы (ВКР) является одним из обязательных этапов освоения основной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 33.00.00 «Фармация», специальности 33.05.01 «Фармация» и осуществляется во время прохождения студентами преддипломной практики.

Целью подготовки ВКР является развитие способности самостоятельного осуществления научно-исследовательской работы, связанной с решением профессиональных задач в современных условиях.

В ходе выполнения и защиты ВКР решаются следующие задачи:

- формирование профессионального научно-исследовательского мышления студентов, умения решать основные профессиональные задачи;

- формирование умения использовать современные технологии сбора и обработки научной информации;

- самостоятельное формулирование и решение задач, возникающих в ходе научно-исследовательской деятельности и требующих

углубленных профессиональных знаний;

-овладение современными методами исследований в области фармации;

-умение практически осуществлять экспериментальную работу в научной сфере в области фармации в условиях химической или аптечной лаборатории, обрабатывать и интерпретировать полученные экспериментальные и эмпирические данные.

НИР студентов способствует формированию интереса к познавательной, творческой и практической деятельности, повышает учебную мотивацию.

Узун Ф.Ф.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Цель исследования. Основной целью данного исследования является сравнение и определение всех достоинств и недостатков открытых и лапароскопических методов при хирургическом вмешательстве по поводу острого аппендицита, а также определение наиболее оптимального способа хирургического вмешательства. Материалы и методы. За основу исследования взяты истории болезни 42 пациентов (20 женщин и 22 мужчины), которые поступили в хирургические отделения клиник города Донецк с подозрением на острый аппендицит. Результаты исследования. Диагноз острый аппендицит был подтверждён у 39 пациентов (92,8%), в остальных случаях у 4,7% больных был поставлен диагноз почечная колика справа, у одного пациента был диагностирован правосторонний пиелонефрит. Лапароскопическая операция была проведена 35 пациентам (89,7%), оставшиеся больные были прооперированы при помощи открытого доступа: 3 пациентам (7,7%) была проведена традиционная открытая лапаротомия по Волковичу-Дьяконову (косая переменная лапаротомия), одному пациенту была проведена срединная лапаротомия (в связи с распространённым аппендикулярным перитонитом, который сопровождался увеличением внутрибрюшного давления). Послеоперационные осложнения при лапароскопическом вмешательстве наблюдались у 2 пациентов (5,7%), среди пациентов, которым проводился лапароскопический доступ, при

НИР студентов сформировала профессиональное научно-исследовательское мышление студентов, умение решать основные профессиональные задачи, умение использовать современные технологии сбора и обработки научной информации, самостоятельно формулировать и решать задачи, возникающих в ходе научно-исследовательской деятельности требующих углубленных профессиональных знаний, умение практически осуществлять экспериментальную работу в научной сфере в области фармации, обрабатывать и интерпретировать полученные экспериментальные и эмпирические данные.

проведении открытых доступов послеоперационные осложнения развились у одного пациента из четырёх (25%), частота развития инфекции в ране при лапароскопическом доступе и при проведении лапаротомии, летальность при проведении лапароскопии не наблюдалась, тогда как при лапаротомии летальным исходом завершился один случай. Также после проведения лапароскопических вмешательств срок пребывания в стационаре составил 4-7 дней, тогда как при лапаротомическом сроке нахождения в стационаре составил 8-10 дней.

Выводы. Оба метода на сегодняшний день используются в современной хирургии, каждый метод имеет свои преимущества и недостатки. К преимуществам лапароскопического метода можно отнести небольшой разрез, отсутствие рубцов, минимальная кровопотеря, менее выраженный послеоперационный болевой синдром, а также меньшие сроки нахождения в стационаре, но в то же время длительность операции увеличивается в среднем на 20-30 минут. К преимуществам открытого доступа можно отнести хороший обзор, возможность чувствовать ткани руками, что немаловажно для хирурга, но так же имеются недостатки: вероятность развития инфекции в ране выше, значительная кровопотеря, послеоперационный болевой синдром, а также более длительный срок нахождения в стационаре.

Узун Ф.Ф.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ФОРМ ХОЛЕЦИСТИТА

Введение:

Лапароскопическая холецистэктомия в современной хирургии является основным методом лечения желчнокаменной болезни. Во всем мире конкременты в желчном пузыре обнаруживаются почти у 12% взрослого населения. Малоинвазивный способ вмешательства является более предпочтительным в сравнении с открытым доступом, так как более низок риск развития послеоперационных осложнений, срок нахождения в стационаре после проведения лапароскопии меньше, менее выражен болевой синдром, но в то же время данный вид вмешательства применим не во всех случаях. До сих пор вызывает споры возможность применения малоинвазивной хирургии у больных с острым и осложненным холециститом.

Цель:

Главной целью данной работы является оценка возможности проведения операции с использованием лапароскопических методов у больных с острой формой холецистита.

Материалы и методы:

За основу работы взяты истории больных (в работу были включены 100 больных 18 мужчин и 82 женщины), которые поступили в хирургические отделения клиник города Донецка с диагнозом: желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит.

Результаты исследования:

Для подтверждения диагноза были проведены инструментальные методы исследования: электрокардиография, рентген органов грудной

клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Во всех случаях были признаки острого холецистита.

Операции были проведены в день поступления в клинику после минимальной предоперационной подготовки, которая включала в себя профилактику антибиотиками широкого спектра действия и инфузионную терапию.

Вмешательство выполнялось по стандартной методике с последующим дренированием брюшной полости. Длительность операции в среднем составляла 44 минуты.

Во время операции было выявлено, что желчный пузырь был увеличен в размерах в 100% случаев. В 20% случаев необходимо было произвести пункцию желчного пузыря, у 22 больных (22%) были обнаружены признаки обтурационного холецистита, у 3 пациентов была обнаружена флегмона желчного пузыря. Интраоперационных осложнений не наблюдалось.

Выводы:

83 пациента были выписаны из стационара уже на следующие сутки после проведения вмешательства, у оставшихся 17 больных срок нахождения в стационаре составил 3-4 суток из-за обострения сопутствующих патологий, которые требовали дополнительного обследования и лечения. Послеоперационные осложнения не наблюдались.

Таким образом, малоинвазивное вмешательство у пациентов с острой формой холецистита является безопасным и эффективным хирургическим методом лечения данного заболевания.

Узун Ф.Ф.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЖЕЛУДКА

Цель исследования

Целью данной работы является изучение преимуществ и недостатков лапароскопического метода лечения прободной язвы. Перфорация язвы является одним из самых опасных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии. Прободение язвы встречается у 12% больных,

страдающих язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки. Высока вероятность летального исхода (на 100 тысяч населения приходится 8-12 операций, летальность при них составляет 6-13%, а при перитонизации вероятность летального исхода приближается к 100%).

Материал и методы

За основу исследования взяты истории болезней 98 пациентов (52 мужчины и 46 женщин), которые поступили в ургентном порядке в хирургические отделения города Донецка с диагнозом прободение язвы.

Результаты и обсуждение

Срединная лапаротомия была проведена в 57% случаев (у 56 пациентов), а лапароскопическая операция была выполнена у 42 человек (43%), т.к. у данных пациентов присутствовали необходимые показания для проведения лапароскопического вмешательства: месторасположение перфорации на передней стенке двенадцатиперстной кишки или желудка, размер отверстия не более 9-11 мм, отсутствие признаков перитонита, а также данные пациенты были госпитализированы в течение 12 часов от начала заболевания. В остальных случаях, при которых проводилась срединная лапаротомия, имелись противопоказания для проведения данного вида вмешательства: слишком большой размер дефекта и труднодоступное расположение отверстия у 24 больных, гемодинамическая нестабильность (систолическое артериальное давление меньше 90-100 мм. рт. ст.) у 14 пациентов, а также наличие сопутствующих заболеваний у 18 поступивших. В большинстве случаев (90%) при лапароскопии проводилось ушивание прободного отверстия. В 10% случаев проводилось иссечение прободного отверстия. Послеоперационные осложнения при лапароскопическом вмешательстве наблюдались у 3 пациентов, при верхнесрединной лапаротомии у 12 больных, инфекция в ране не развивалась в послеопераци-

онном периоде при лапароскопическом доступе и развилась у 6 пациентов при проведении лапаротомии, летальным исходом завершились 2 случая при проведении лапароскопии, тогда как при лапаротомии летальным исходом завершились 7 случаев. Также после проведения лапароскопических вмешательств срок пребывания в стационаре составил 5-6 дней, тогда как при верхнесрединной лапаротомии срок нахождения в стационаре составил 10-12 дней.

Выводы

Малоинвазивные оперативные вмешательства являются одним из самых перспективных направлений в современной хирургии, данные методы имеют свои преимущества и недостатки. Исходя из вышеперечисленных данных к преимуществам лапароскопических вмешательств можно отнести: небольшой разрез в сравнении с классической операцией, отсутствие рубцов, минимальная кровопотеря, уменьшения болевого синдрома у пациентов, минимизация послеоперационных осложнений, уменьшение сроков нахождения больных в стационаре, а также более низкая летальность. Недостатками данного способа оперативного лечения являются: невозможность проведения вмешательства при труднодоступном расположении дефекта, при большом диаметре прободного отверстия, при подозрении на малигнизацию язвы, а также одним из самых серьезных недостатков является отсутствие тактильного восприятия ткани хирургом (невозможно судить о силе, которую прилагают к ткани, что может привести к возникновению различных осложнений).

Уласень Т.В., Ваулин С.В.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕСТА «СКЛОННОСТЬ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ» У ВОСПИТАННИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Введение. В условиях сиротства и социального сиротства ребенок сталкивается с серьезными нарушениями детско-родительских отношений, когда близкие ему люди или его непосредственное окружение могут оказаться главными источниками психической травматизации, приводящей впоследствии к целому комплексу социально-психологических, психических и физиологических нарушений. К ним относятся – дисгармоничность развития интеллектуальной сферы;

несформированность эмоционально-волевой сферы; затруднения в общении со взрослыми и сверстниками (Прихожан А., 1990; Смирнова Е.О. с соавт., 1994; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2008; Плигина Е.В., 2008; Зелинская Д.И., 2009; Давыдова Н.О. с соавт., 2014; Авакян Т.В., Воликова С.В., 2014). При этом следует учитывать, что структура и характер психопатологических нарушений, обусловленных депривацией, может в большой степени зависеть от возраста и пола

детей, а также от особенностей их предшествующего психотравмирующего опыта (Девятова О.Е., 2004; Егорова П.Л., Портнова А.А., 2015).

Цель – изучить формы девиантного поведения у воспитанников учреждений социальной защиты; выявить возможные корреляционные связи между выявленными поведенческими девиациями и характером перенесенных ими травматических событий, в частности, связанных с насилием.

Методы. Использован клинико-психопатологический метод исследования (с изучением анамнестических данных), полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИНППСД), разработанного на основании симптомов посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV. С целью определения формы девиантного поведения использован тест Леуса «Склонность к девиантному поведению». Статистический анализ выполнен с использованием F-критерия Фишера, критерия Манна-Уитни, фактора сопряженности, выборочного коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Корреляционные связи оценены по шкале Чеддока.

Результаты и обсуждения

Проведено сравнительное изучение вариантов отклоняющегося поведения у подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации ($n=82$), и школьников общеобразовательных средних школ ($n=93$). В целом, группы обследованных подростков не обнаруживали признаков глубокой психосоциальной дезадаптации (медиана сумм баллов по каждому из блоков существенно не превышала 10). Однако у подростков-воспитанников социозащитных учреждений статистически чаще встречаются тенденции к делинквентным ($p=0,00<0,05$), аддиктивным ($p=0,00<0,05$) и агрессивным ($p=0,00<0,05$) формам девиантного поведения по сравнению с подростками контрольной группы.

В целях дифференцированного анализа признаков поведенческой дезадаптации с помощью теста «Склонность к девиантному поведению» было проведено изучение девиантных форм поведения у воспитанников социозащитных учреждений с учетом фактора сиротства. В первую подгруппу были включены истинные и социальные сироты, а во вторую подгруппу вошли подростки, воспитывающиеся в семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации. Средний возраст $M(Std.D)$ подростков I основной подгруппы составил $13,60\pm 2,09$; средний возраст подростков II основной подгруппы – $13,19\pm 2,06$ ($p=0,9230$).

Полученные результаты свидетельствуют о статистически значимом превалировании у подростков I подгруппы легко выраженных аддиктивных, агрессивных, делинквентных и аутоагрессивных форм отклоняющегося поведения на фоне сниженного социально-обусловленного поведения по сравнению со школьниками общеобразовательных школ.

На следующем этапе исследования с помощью коэффициента корреляции Спирмена были изучены корреляционные связи между различными формами девиантного поведения и особенностями перенесенного подростками травматического опыта. Статистически значимые связи между изучаемыми показателями выявлены только в первой подгруппе (сироты и социальные сироты) – между перенесенным подростками физическим насилием и агрессивными девиациями, между смертью родителей и аутоагрессивным поведением, между наличием химических зависимостей у родителей и аддиктивным, агрессивным и аутоагрессивным поведением у самих подростков.

Вывод. Полученные данные должны обязательно учитываться при построении индивидуальных психокоррекционных мероприятий у воспитанников учреждений социальной защиты.

*Усов В.Ю.¹, Игнатенко Г.А.², Нуднов Н.В.³, Первак М.Б.²,
Гуляев В.М.¹, Дубовая А.В.², Кармазановский Г.Г.⁴*

¹НИИ кардиологии Томского НИМЦ РАН, Томск

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

³ФГБУ Российский научный центр рентгенрадиологии МинЗдрава России, Москва

⁴ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр Хирургии имени А. В. Вишневского МинЗдрава России, Москва

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПЕРВИЧНОЙ И УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИЙ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ COVID-19

ВВЕДЕНИЕ. Высокая частота поражений легких, в том числе с развитием дыхательной недостаточности у пациентов с вирусной инфекцией COVID-19, необходимость как можно более детальной характеристики вовлечения органов грудной клетки (ОГК) и в частности легочной паренхимы при этом заболевании составляют сегодня одну из важнейших медико-социальных и одновременно – медико-технологических проблем. Повторное проведение спиральной рентгеновской компьютерной томографии (СРКТ) легких у пациентов с вирусными пневмониями (ВП) ограничено неизбежной и значительной лучевой нагрузкой. Возможности ультразвукового исследования ограничиваются визуализацией периферических отделов легких, без полной пространственной картины ОГК. Другие методы томографической визуализации легких, альтернативные или дополнительные к СРКТ, в ходе нынешней эпидемии ВП пока не рассматриваются. Ранее нам удалось показать возможность и разработать основные протоколы магнитно-резонансной томографической (МРТ) визуализации ОГК при пневмониях различного генеза. Поэтому в нынешний период массовой заболеваемости ВП мы изучили возможность использования МРТ для визуализации поражения легких при этой патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Было обследовано 47 пациентов с ВП различной тяжести, из них на момент обследования или впоследствии у 32 был вирусологически подтвержден факт инфицирования COVID-19, у всех имела место развернутая клиника пневмонии. У 16 пациентов отмечалось снижение насыщения капиллярной крови по кислороду (рО₂) менее 95%, в том числе у 3 – менее 90%. У 18 из них также было проведено СРКТ исследование ОГК, с сравнением результатов обоих томографических исследований. Умерших среди наших пациентов не было и морфологического подтверждения не имелось ни в одном случае. Всем на низко- и высокопольных МРТ-сканерах выполнялось МРТ-исследование ОГК, в T1-, T2-взвешенных,

в том числе с подавлением сигнала от жира, диффузионно-взвешенном, STIR- режимах, в аксиальных и фронтальных плоскостях, с задержкой дыхания, или с автоматической синхронизацией записи с дыханием. Дополнительного парамагнитного контрастного усиления в этом исследовании не проводилось.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Продолжительность полного МРТ-исследования ОГК составила во всех случаях менее 25 мин (в среднем 21±4 мин). Рациональная последовательность МРТ включала в себя T1-взв протоколы в аксиальных срезах и T2-взв протоколы в аксиальных и фронтальных срезах и длилась менее 10 мин. МРТ ОГК обеспечила визуализацию патологии легких во всех случаях, в частности, очаговые субсегментарные поражения размерами более 15 мм визуализировались во всех случаях одновременно средствами МРТ и СРКТ ОГК. МРТ ОГК в оптимальной последовательности включала в себя T1-взв. и T2-взв.(с подавлением сигнала жира) протоколы, с синхронизацией по дыханию в аксиальных и фронтальных плоскостях, а также T2-взв в аксиальных плоскостях с задержкой дыхания (длительность задержки 8 с) и занимал до 14 мин. «Протоколом выбора» – минимальным, обеспечивавшим визуализацию наличия ВП и оценку объема протяжения, был T2-взв. протокол с синхронизацией по дыханию. Корреляция размеров зоны поражения и вычисленного объема пораженной ткани легкого между СРКТ и МРТ ОГК составила $r = 0,95$ ($p < 0,001$). МРТ в диффузионно-взвешенном режиме показала слабоудовлетворительные результаты с чувствительностью менее 60% в выявлении поражения легких при ВП. При проспективном наблюдении у пациентов с ВП и в частности COVID-19, МРТ ОГК позволила визуализировать с помощью T2-взв. протоколов формирование и объем зоны повреждения и экссудации, объем плеврального выпота, а T1-взв. и T2*-взв. протоколы позволили выявить геморрагии и стаз, а в отдаленном периоде – выраженность остаточного фиброза. МРТ ОГК обеспечила эффективную оценку состояния

лимфатических узлов средостения, в частности формирования их устойчивого отека и лимфаденопатии при поражении более 10% паренхимы легких при ВП. У 6 пациентов МРТ выявила также сопутствующую патологию, в частности – фибролипому перикарда, посттуберкулезные очаговые изменения (4 человека) и периферический рак легкого (с последующим эффективным химиолучевым лечением). МРТ легких обеспечивает также точную оценку размеров легочной

артерии и ее ветвей, и формирование легочной гипертензии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. МРТ органов грудной клетки с дыхательной синхронизацией может использоваться для ранней диагностики воспалительных поражений легких при вирусных пневмониях, не сопровождается лучевой нагрузкой и высокодостоверно коррелирует с результатами СРКТ грудной клетки как стандарта.

Федоренко А.Е., Щербак Е.В., Бухарова Т.С.

Республиканская детская клиническая больница, Донецк

АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ У ДЕТЕЙ

Частота встречаемости врожденной тугоухости у детей составляет 1:350, распространенность наследственной тугоухости составляет 1:2000. У 50% детей с врожденной наследственной тугоухостью нет факторов риска (наличие ближайших родственников, имеющих нарушения слуха с детства, челюстно-лицевые аномалии, внутриутробные инфекции, пребывание в отделении реанимации новорожденных более 48 ч, недоношенность 32 недели и менее, масса тела менее 1500 г. при рождении, тяжелая гипербилирубинемия, тяжелое поражение центральной нервной системы, применение ототоксичных препаратов).

Материалы и методы. На базе Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) создан Центр слухо-речевой реабилитации, где активно внедряется система скрининга нарушений слуха у детей. Скрининг является методом отбора по определенным критериям группы риска из большой популяции. Первым этапом аудиологического скрининга является проведение отоакустической эмиссии (ОАЭ). Феномен отоакустической эмиссии был открыт в 1978г ученым Дэвидом Кемпом, когда исследуя распространение звука в среднем и внутреннем ухе было зафиксировано странное эхо, в целом повторяющее использовавшийся стимул, это «эхо» – генерирование ОАЭ наружными волосковыми клетками (НВК) органа Корти либо спонтанно, либо в ответ на акустическую стимуляцию. Таким образом, ОАЭ представляет собой звуки, генерируемые НВК и регистрируемые в слуховом проходе. Сенсоневральная тугоухость – самая распространенная форма нарушения слуха, почти всегда она связана с необратимым поражением волосковых клеток.

Результаты. ОАЭ является продуктом здоровой деятельности НВК и может использоваться

в клинической практике для экспресс оценки потери слуха пациентов, неопределяемых обычным аудиометрическим тестированием. ОАЭ не регистрируется, если пороги слуха превышают 25-30 дБ в частотном диапазоне от 1 кГц до 4 кГц, что обусловлено сенсоневральной или кондуктивной тугоухостью. На данный момент в Республике существует проблема с завершающим этапом диагностики снижений слуха (метод регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов – КСВП) и доступностью должной реабилитации выявленных больных детей (слуховые аппараты, кохлеарные импланты, социальные программы). Активное внедрение ОАЭ позволяет повысить уровень социальной настороженности к проблеме, т.к. по данным ВОЗ в 2018г в мире насчитывалось 462 млн. лиц с инвалидизирующими нарушениями слуха. Среди них 44 млн. – дети, в России-более 1 млн. Результатом проведения ОАЭ является не постановка диагноза, а предварительный отбор детей для дальнейшей, максимально ранней диагностики врожденных нарушений слуха.

Объединенный комитет по слуху новорожденных определил в 2007 г. качественные показатели аудиологического скрининга (ЦЕЛЬ-1-3-6): скрининг до 1 месяца не менее 95% всех новорожденных – диагностика до 3 месяцев не менее 90% выявленных-реабилитация до 6 месяцев не менее 90% детей с тугоухостью.

В РДКБ за 9 месяцев 2020 года проведено 447 ОАЭ, не зарегистрирована ОАЭ у 149(33%) детей, из них 33(7.4%) дети до 1 года. У 70(15.7%) детей на этапе диагностики была выявлена патология среднего уха.

Недостатком метода является зависимость регистрации ОАЭ от состояния среднего уха и наружного слухового прохода, что приводит к увеличению ложноположительных, а так же не

обеспечивает выявление ретрокохлеарной патологии, что приводит к увеличению ложноположительных результатов.

Выводы. Современная диагностика детской

тугоухости не может быть достигнут без тесного сотрудничества неонатологов, педиатров, неврологов, ЛОР-врачей и сурдологов.

Федорова А.В., Лисанова С.В., Панфилова В.В., Смирнова Т.Я.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА

Болезнь Виллебранда (БВ) – наиболее распространенное наследственное (аутосомное) нарушение свертывающей системы крови, которое обусловлено волнообразным количественным и/или качественным дефицитом фактора Виллебранда (ФВ) – плазменного белка, опосредующего начальную адгезию тромбоцитов в месте повреждения эндотелия сосуда, взаимодействующего с коллагеном сосудистой стенки и стабилизирующего фактор VIII (FVIII).

На сегодняшний день существуют проблемы в диагностике БВ из-за выраженной полиморфности клинических проявлений заболевания и отсутствием жесткой корреляционной связи между клиническими проявлениями кровоточивости и качественно-количественными показателями лабораторных исследований. Распространенность БВ в различных странах (в том числе и в России) варьирует от 0,6% до 1,3%, при этом в отдельных источниках указывается частота встречаемости БВ составляющая 2%. Согласно всем исследованиям БВ распространённость у женщин примерно вдвое выше зарегистрированной распространённости у мужчин. Нормальный диапазон ФВ обычно составляет от 50 до 150 МЕ/дл.

БВ подразделяется на три типа. Тип 1, который составляет 70-80% случаев, характеризуется количественным дефицитом ФВ. Тип 2, на который приходится примерно 20% случаев, вызван дисфункцией фактора ФВ. При нормальном или умеренно сниженном уровне антигена ФВ имеет место значительное снижение его функциональной активности. Тип 2 подразделяется на несколько подтипов. Тип 3 БВ встречается редко (составляет менее 5% случаев), является наиболее тяжелой формой и обусловлен почти полным отсутствием циркулирующего ФВ.

Лабораторная диагностика БВ включает в себя несколько тестов, из которых ни один не обладает абсолютным диагностическим значением. Наиболее широко используются исследования: определения антигена ФВ (VWF:Ag); ристоцитинкофакторной активности ФВ (VWF:RCo); ис-

следование активности фактора VIII (FVIII:C); а также ристоцетин-индуцированная агрегация тромбоцитов (RIPA); коллаген связывающая активность ФВ (VWF:CB); фактор-VIII-связывающая активность ФВ (VWF:FVIII).

Представление о БВ 1 типа становится достаточно вероятным, если уровень VWF:Ag и VWF:RCo снижаются менее 50 МЕ/дл, по крайней мере, в двух определениях. Чаще всего в качестве диагностического критерия используется снижение вышеуказанных показателей ниже 50 МЕ/дл, но в литературе обсуждаются в качестве диагностических, так же и уровни снижения менее 40 МЕ/дл и менее 30 МЕ/дл. Для индивидуумов с мягким геморрагическим фенотипом и показателями активности ФВ в диапазоне между 30 и 50 МЕ/дл предлагается использовать термин «низкий уровень фактора Виллебранда» или «возможная болезнь Виллебранда 1 типа».

При БВ 2А типа уровень VWF:Ag может быть нормальным или сниженным, VWF:RCo и VWF:CB также снижены. Мультимеры высокой молекулярной массы отсутствуют.

При БВ 2В типа уровень VWF:Ag обычно снижен, или остается нормальным. VWF:RCo и VWF:CB снижены. Мультимеры ФВ высокой молекулярной массы обычно отсутствуют, но их дефицит менее выражен, чем при болезни Виллебранда 2А типа, и присутствуют мультимеры промежуточного размера. БВ типа 2В характеризуется повышенной RIPA под действием низких концентраций ристоцетина. Количество тромбоцитов обычно несколько снижено (75 – 100 x 10⁹/л), при легких формах заболевания количество тромбоцитов может быть нормальным. Тромбоцитопения может усиливаться во время беременности.

При БВ 2М типа уровень может быть нормальным или сниженным. VWF:RCo снижена или значительно снижена. VWF:CB снижена или остается нормальной. Мультимеры ФВ высокой молекулярной массы присутствуют в достаточном количестве, а в ряде случаев может отмечаться присутствие особо крупных мультимеров.

При БВ 2N типа (Нормандский тип болезни Виллебранда) Уровень FVIII значительно снижен. Уровень FVIII:C часто находится в диапазоне 5 – 30 МЕ/дл, что важно учитывать при проведении дифференциального диагноза между легкой и среднетяжелой формой гемофилии А или гетерозиготной формой гемофилии А. Уровни VWF:Ag и VWF:RCo нормальные, редко снижены.

Если уровни VWF:Ag ниже 5 МЕ/дл и FVIII:C

в плазме снижена до показателей от 0,01 до 0,10 ед./мл. диагностируется 3 тип БВ.

ФВ и FVIII являются протеинами острой фазы, поэтому их уровень в плазме может сильно различаться в зависимости от ряда внешних причин, включая стресс, физическую нагрузку, фазу менструального цикла, приём гормонов и беременность. Генетические факторы, включая группу крови, могут существенно влиять на уровни ФВ и FVIII в плазме.

Федорова А.В., Мельник Ал.В., Валигун Я.С., Анпилогов А.А., Трухина Т.В., Мельник К.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ПСЕВДОТРОМБОЦИТОПЕНИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ СОЛЯМИ ЭТИЛЕНДИАМИНТЕТРАУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ (ЭДТА)

При заборе крови на калиевой соли ЭДТА (K2ЭДТА) в качестве стабилизатора под воздействием ЭДТА-зависимых антитромбоцитарных антител с тромбоцитами наблюдается явление их адгезии. Эта адгезия тромбоцитов *in vitro* не ассоциируется с тромбозами или кровотечениями у пациента и является наиболее частой причиной псевдотромбоцитопении. Она наблюдается примерно у 1 человека из 1000 взрослых здоровых людей.

Целью работы был анализ некоторых нюансов диагностики ЭДТА-индуцированной ПТП, возникающей в пробирке (вакутайнер) с калиевой солью этой кислоты, применяемой в качестве антикоагулянта, выработка рекомендаций по ее профилактике в работе врача-лаборанта.

Материалы и методы. Клинический анализ крови 12 пациентам с подозрением на ЭДТА-индуцированную ПТП проводился в образцах, взятых одновременно в два вакутайнера: с K2ЭДТА и цитратом Na. Все образцы были исследованы на гематологическом анализаторе Beckman Coulter LH750. Во всех случаях проводилась микроскопия мазков крови.

Результаты и обсуждение. В качестве примера приводим описание типичного случая диагностики ЭДТА-индуцированной ПТП у женщины, обратившейся в лабораторное отделение университетской клиники Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького».

В клиническую лабораторию университетской клиники обратилась женщина 38 лет, жительница г. Донецка по поводу исследования общего анализа крови. У нее была отобрана

кровь в количестве 10 мл из вены в стандартную для этого исследования пробирку «вакутайнер» с раствором K2ЭДТА. При автоматизированном исследовании крови от 07.10.2019 г. непосредственно после забора крови показатель количества тромбоцитов составил 249 тысяч Ед/мкл, лейкоцитов – 9,0 Г/л. При повторном определении этих же показателей через 3 минуты никаких изменений зарегистрировано не было. Через интервал в 1 час было выявлено снижение на 68,3% (103 тысяч Ед/мкл) показателя количества тромбоцитов при том же содержании лейкоцитов. Через 2 час при повторном измерении в этом же образце крови выявлено снижение количества тромбоцитов на 72,5% (68 тысяч Ед/мкл), а показатель лейкоцитов возрос на 121,1%. Еще через 1 час при очередном измерении наблюдалось еще большее (на 81,9%) снижение показателя количества тромбоцитов, при этом рост показателя лейкоцитов продолжился и достиг 133,3%.

Выводы. Нами были оценены негативные последствия интерпретации ЭДТА-псевдотромбоцитопении как истинной тромбоцитопении, которая может привести к большому количеству лабораторных и диагностических ошибок.

Для предупреждения ЭДТА-индуцированной ПТП и выявления агрегатов тромбоцитов необходимо тщательно просматривать мазки периферической крови. При автоматизированном исследовании крови (без подсчета лейкоцитарной формулы), в случае выявления ЭДТА-индуцированной ПТП, необходимо приготовление и просмотр мазка крови.

При первичном выявлении ЭДТА-

индуцированной ПТП, показатели тромбоцитов (PLT на гемонализаторе), не следует отражать в результатах анализа, а указывать наличие ско-

плений тромбоцитов в мазке и рекомендовать повторное исследование крови одновременно в двух образцах: с К2ЭДТА и цитратом Na.

Федосеев А.Б.

Республиканский Центр организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий

АВТОМАТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В современных условиях достижение адекватного уровня качества медицинской помощи является одной из приоритетных задач по обеспечению эффективного функционирования системы здравоохранения в любом государстве.

На сегодняшний день не существует единого общепринятого определения качества, хотя есть общее понимание базовых концепций и основных аспектов.

В принятой недавно Рамочной основе ВОЗ по обеспечению интегрированных ориентированных на человека услуг здравоохранения, качественная медицинская помощь определяется как «безопасная, эффективная, ориентированная на человека, своевременная, затратоэффективная, справедливая и комплексная». При этом безопасность пациентов уже давно рассматривается как важнейшее направление инициатив по повышению качества медицинской помощи, а безопасность услуг может служить важным показателем успешности основных систем по повышению качества [1].

В ст.2 Закона ДНР «О здравоохранении» качество медицинской помощи определяется как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [2].

В соответствии со ст. 101 Закона ДНР «О здравоохранении» учреждениями здравоохранения государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями указанных учреждений здравоохранения [2].

Основным нормативным документом, регламентирующим организацию контроля качества медицинской помощи, является приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.2015 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по контро-

лю качества медицинской помощи» [3].

В соответствии с п. 7 Порядка контроля качества оказания медицинской помощи в системе здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного выше указанным приказом, внутренний контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется: постоянно действующими экспертными группами профессионалов учреждений здравоохранения (Медицинский совет, врачебно-консультативная комиссия, комиссия по разбору госпитальной летальности, комиссия по рассмотрению случаев внутрибольничных инфекций, гемотрасфузионный совет, совет сестер, комиссия по разбору случаев младенческой смертности, противораковая комиссия и другие); руководителями учреждений здравоохранения и их заместителями; руководителями структурных подразделений (служб, отделений); медицинским персоналом (путем самоконтроля).

При этом на заведующих структурными подразделениями, заместителей руководителя учреждений здравоохранения возлагается изучение не менее 10%-30% первичной учетной медицинской документации амбулаторных и/или стационарных больных с ведением учета выявленных дефектов в оказании медицинской помощи, ежемесячным анализом этой работы; проведение экспертных оценок соответствия оказанной медицинской помощи установленным стандартам (не менее 1 раза в квартал) и др. [3].

Безусловно, процесс контроля, обуславливающий необходимость заполнения руководителями определенных форм, таких как журналы или карты дефектуры, проведение экспертных оценок, требует затрат времени, которого всегда не хватает.

С целью автоматизации этих рутинных процессов Республиканским Центром

организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий разработан компьютерный программный комплекс «Контроль качества медицинских услуг», предназначенный для использования в рабо-

те заместителями руководителей учреждений здравоохранения, заведующими структурными подразделениями (отделениями, амбулаториями) при проведении оценки качества оказания медицинской помощи. В программе реализован 3-х ступенчатый уровень контроля – на уровне руководителя учреждения, его заместителей и заведующих структурными подразделениями.

Предусмотрено формирование карт интегральной оценки случая оказания медицинской помощи на основе данных первичной учетной медицинской документации для амбулаторных и стационарных подразделений. Проведение оценки возможно на всех этапах оказания медицинской помощи: первичный осмотр пациента и сроки проведения лечебно-диагностических мероприятий, формирование плана обследования, формулировка диагноза, его полнота и соответствие требованиям МКБ-10, адекватность стратегии и тактики ведения пациента утвержденным локальным протоколам, преэмптентность в диагностике и лечении пациента, полнота оформления медицинской документации, рекомендаций при выписке по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, качество решения экспертных вопросов нетрудоспособности и трудовых рекомендаций.

Результаты оценки качества могут быть представлены в виде карты экспертной оценки как отдельного случая оказания медицинской помощи, так и по врачам либо структурным подразделениям учреждения здравоохранения.

Полученные результаты могут быть учтены при дифференцированной оплате труда, например, при определении размера надбавки за сложный и напряженный труд, премировании.

Кроме оценки качества на основе анализа случаев оказания медицинской помощи в программе реализованы возможности индикативной оценки деятельности отдельных служб учреждения здравоохранения – терапевтической, хирургической, акушерско-гинекологической и др., что позволяет руководителю выявлять наиболее проблемные точки в деятельности структурных подразделений для поведения корректирующих мероприятий.

По состоянию на 01.10.2020 программный продукт используется 560 пользователями в 131 учреждении здравоохранения Республики (в том числе в 19 республиканских, 109 городских и 3 районных) из 176 оказывающих медицинскую помощь, что свидетельствует о его востребованности.

В настоящее время программный комплекс модернизируется, добавляется раздел для учета и автоматизированной обработки анкетных опросов пациентов, создается модуль формирования унифицированного сводного отчета результатов контроля качества. Уверены, что использование современных информационных технологий в процессе контроля качества оказания медицинской помощи – это требование сегодняшнего дня и насущная необходимость.

Федько В.Г., Сохина В.С., Авсянкина Е.В., Савинкова Я.В.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького; г.Донецк, ДНР.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО СИНТЕЗА ОЛИГОКЛОНАЛЬНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА G ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ (ЛИТ. ОБЗОР)

Цель исследования. Оценить информативность определения интратекального иммуноглобулина G (IgG) в диагностике рассеянного склероза (РС), выявить корреляционную зависимость между уровнем альбумина (Q alb) и коэффициентом содержания IgG в сыворотке крови (Q Ig) и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ).

Материалы и методы. В процессе работы были проанализированы 28 статей отечественной и 24-зарубежной литературы 2015-2020 гг. Нами были использованы следующие базы данных: OmniMedicalSearch, PubMed, РМЖ. Методы исследования: информационно-аналитический.

Результаты и их обсуждение. При возникновении подозрения на рассеянный склероз (РС)

в качестве наиболее диагностически специфического скринингового метода является определение индекса интратекального синтеза IgG. Параллельно с олигоклональными антителами в ЦСЖ синтезируются фрагменты иммуноглобулинов различных фракций, одной из которых являются легкие цепи олигоклональных IgG. Их рассматривают как один из основных иммунологических критериев РС. Поскольку свободные легкие цепи IgG способны пассивно проникать через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), возникает необходимость определения их концентрации в ЦСЖ в зависимости от их сывороточной концентрации и проницаемости ГЭБ. ЦСЖ является ультрафильтратом плазмы крови и

содержит IgG, которые поступают в нее из сыворотки, а также IgG, синтезируемые локально, поэтому любое повышение IgG можно рассматривать как системный паттерн различных инфекционных заболеваний нервной системы, что важно учитывать при дифференциальной диагностики. Наличие нелинейной связи между Q alb и Q Ig в ЦСЖ и сыворотке может наблюдаться у пациентов с неврологическими заболеваниями без олигоклонального IgG в ЦСЖ и отражать системный воспалительный ответ ЦНС. При РС в ходе иммуноактивации синтез Ig в ЦСЖ из поликлонального, наблюдающегося в норме, становится олигоклональным. Наиболее точным методом локального определения синтеза интратекального IgG при РС является качественная оценка наличия олигоклональных полос (ОКП) методом изоэлектрического фо-

кусирования в сочетании с иммунодетекцией (блоттингом или фиксацией). Необходимо сравнивать концентрацию IgG в ЦСЖ и сыворотке, при этом присутствие легких цепей IgG в ЦСЖ и отсутствие аномалий в крови свидетельствует о местном интратекальном синтезе IgG, что типично для РС.

Выводы. Доказано, что качественное определение интратекального олигоклонального IgG и оценка ОКП является основным биомаркером, который наиболее точно характеризует иммунологический процесс при РС. При дифференциальной диагностике необходимо оценивать соотношение IgG в ЦСЖ и сыворотке крови, наряду с общей концентрацией альбуминов крови, с целью установления факта локального ответа ЦНС и исключения системной воспалительной реакции.

Федько В.Г., Сохина В.С., Максименко О.Л., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» ; г.Донецк, ДНР.

НЕЙРОИНВАЗИВНОСТЬ ВИРУСА SARS-COV-2 В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ COVID-19 (ЛИТ. ОБЗОР)

Цель исследования. Изучить особенности нейроинвазии вируса SARS-CoV-2, рассмотреть патогенез развития цереброваскулярных осложнений у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. Анализ результатов исследований, проведенных в период с 2019 по 2020 г., которые посвящены вопросу поражения центральной нервной системы (ЦНС) в условиях коронавирусной пандемии. Нами были использованы следующие базы данных: OmniMedicalSearch, PubMed, РМЖ.

Результаты и их обсуждение. С одной стороны, неврологические изменения могут наблюдаться при развитии цереброваскулярного заболевания у пациентов с коронавирусной инфекцией, с другой стороны, очаговая неврологическая симптоматика может быть следствием прямого поражения ЦНС при инвазии вируса SARS-CoV-2. На сегодняшний день доказано, что начальный этап проникновения вируса обусловлен его тропностью к клеткам-мишеням, имеющих рецепторы ангиотензин-превращающего фермента II типа (ACE2). Помимо того, что рецепторы ACE2 в своём большинстве представлены на клетках дыхательного тракта, что и обуславливает развитие пневмонии у пациентов с COVID-19, они определяются и в ЦНС. Инвазию вируса в ЦНС можно рассматривать как диссеминацию из системного кровотока через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) или непосредственное про-

никновение через пластинку решётчатой кости с дальнейшим накоплением в нейронах. Причём вирус SARS-CoV-2 значительно больше поражает глиальные клетки полушарий головного мозга в сравнении с мозжечком. Этот факт подтверждает теорию нейроинвазии вируса через его чувствительность к рецепторам ACE2, поскольку количество последних значительно больше именно в глиоцитах полушарий, что может объясняет патогномичный для данной локализации очаговый неврологический дефицит. Однако в настоящее время имеется лишь 2 клинических случая пациентов с COVID-19, осложнившихся развитием субарахноидального кровоизлияния и ишемическим инсультом с последующей геморрагической трансформацией очага. Механизм развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) на фоне тяжёлого течения коронавирусной инфекции в своём большинстве связан с гиперкоагуляцией и эндотелиальной дисфункцией на фоне развития полиорганной патологии. Причём на долю ишемического инсульта приходится 85% цереброваскулярных осложнений. Таким образом, развитие ОНМК на фоне COVID-19 можно рассматривать как инсульт-индуцированную инфекцию.

Выводы. Установлено, что развитие цереброваскулярных осложнений может быть обусловлено нейротропностью вируса SARS-CoV-2 к структурам ЦНС или может носить

ассоциированно-неспецифический характер с вирусной инфекцией и протекать при усугубле-

нии существующих ранее предикторов инсульта на фоне тяжелого инфекционного процесса.

Федько В.Г., Сохина В.С., Сигитова Е.В., Савинкова В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА С УЧЁТОМ КЛИНИЧЕСКОЙ РАЗНОВИДНОСТИ

Цель исследования. Изучить распространённость, взаимосвязь основных клинических проявлений и течения мигренозных пароксизмов на различных этапах гестационного периода с учетом клинической формы заболевания у беременных (мигрень без ауры, мигрень с аурой).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась 31 женщина в возрасте от 19 до 44 лет (средний возраст-25,0±1,5 года). У 20 беременных (64,7%) встречалась мигрень без ауры (простая), у 11 (35,3%) диагностировалась мигрень с аурой (ассоциированная) в соответствии с Международной классификацией головных болей (МКГБ-3). Пациентки наблюдались нами на протяжении всего периода гестации с учетом анамнестических данных за последние 9-12 месяцев до беременности. В группу были включены женщины с 1 беременностью. Критерием исключения являлось появление головной боли мигренозного типа впервые на фоне беременности. Применялись клиничко-анамнестические методы исследования. Интенсивность головной боли определялась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Результаты обрабатывали статистически методом парного сравнения групп пациентов с помощью программы Microsoft Excel 7.0.

Результаты и их обсуждение. По данным ВОЗ распространённость первичных форм цефалгии у беременных составляет 35%, среди них особую роль занимает мигрень, на долю которой приходится от 10 до 33%, что значительно выше данных о распространённости мигрени в популяции (10-17%). У женщин мигрень носит циклический характер заболевания, а выраженность клинических симптомов коррелирует с фазами менструального цикла и уровнем женских половых гормонов. Судя по данным, полученными нами в ходе динамического исследования клинических проявлений мигрени, у беременных наблюдается положительная динамика со стороны

симптомов. Причём урежение мигренозных атак и самой интенсивности цефалгического синдрома происходит со II триместра беременности, и тем выраженнее положительная тенденция, чем больше срок гестации. Так, частота приступов до беременности составляла 6,4±1,6, а на II триместре-4,3±0,7, средняя длительность мигренозного приступа 12,6±1,7, на II триместре-9,1±1,3, интенсивность по ВАШ 7,8±1,0, на II же триместре-7,1±1,5. Положительная динамика наблюдалась и в снижении выраженности сопутствующих симптомов (рвоты, тошноты, фоно- и фотофобии) в более поздние сроки гестационного периода: до беременности -2,4, на II триместре-1,8. Была установлена четкая взаимосвязь течения мигрени у беременных в зависимости от ее клинической разновидности. Статистически достоверная положительная динамика клинической картины заболевания наблюдалась в группе пациенток, страдающих мигренью без ауры. В то время как в группе пациенток, у которых была диагностирована ассоциированная мигрень, особой вариации в интенсивности приступов и выраженности сопутствующих симптомов с наступлением беременности и во время её развития не было выявлено: интенсивность приступа по ВАШ до беременности 8,3±1,0, на II триместре 8,4±1,1. Отмечалась лишь незначительная динамика снижения частоты и длительности мигренозных атак: до беременности частота приступов в месяц 7,5±2,1, на II триместре 6,8±1,6; средняя длительность приступа до беременности 14,6, на II триместре-11,7±1,6.

Выводы. Установлено, что течение мигрени у беременных зависит от клинической формы заболевания и срока гестационного периода. Выявлено, что беременность оказывает положительное влияние на динамику отдельных симптомов, а также на клиническое течение мигрени в целом.

Филимонов Д.А., Ересько А.Б., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Федорова А.А.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, г.Донецк
ГУ «Институт физико-органической химии и углехимии им. Л.М. Литвиненко», г.Донецк

ТЕРМОРЕГУЛЯТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ ВОДОРАСТВОРИМОГО СИНТЕТИЧЕСКОГО АНАЛОГА ТИРОНАМИНА – ПОТЕНЦИАЛЬНОГО НЕЙРОПРОТЕКТОРА

Ишемический инсульт – одна из основных причин смертности и инвалидизации в мире. В этой ситуации требуется поиск новых методов нейропротекции, замедляющих или предотвращающих необратимые процессы повреждения ткани головного мозга. Одним из перспективных способов нейропротекции считается терапевтическая гипотермия, осуществляемая путем введения в организм тиронаминов.

Материалы и методы. В ГУ «Институт физико-органической химии и углехимии им. Л.М. Литвиненко» синтезировали водорастворимый аналог тиронамина – [4-(4-аминобензил)фенокси]ацетамид (СА-ТОН₂O). Исследование терморегуляторной активности соединения проводилось на 16 самцах белых беспородных крыс, массой 200-250 г. Животных разделили на две группы по 8 животных: «Контроль» (внутрибрюшинное введение 1 мл воды для инъекций) и «Опыт» (внутрибрюшинное введение СА-ТОН₂O в концентрации 50 мг/кг массы тела крысы, растворенного в 1 мл воды для инъекций). Ректальную температуру тела (t) измеряли цифровым термометром TFA перед инъекцией (базовая t) и в течение 150 минут после инъекции с интервалами в 30 минут. Статистическую обработку проводили с помощью программ Microsoft Office Excel 2007, Statistica 6 и MedCalc. Использовали статистические методы U-критерий Манна-Уитни и W-критерий Уилкоксона.

Результаты. У животных группы «Контроль» статистически значимых изменений t₀ по сравнению с базовой не было на протяжении всего эксперимента. У крыс группы «Опыт» t снизилась к 30 мин эксперимента на 0,95 оС (p=0,06). В течение всего периода наблюдения t₀ оставалась ниже базового уровня и только к 150 мин. поднялась на 0,15оС (p>0,05). В сравнении с

группой «Контроль» в группе «Опыт» наблюдались статистически значимые различия в температурных показателях на 30 минуте (p=0,02) и 60 минуте (p=0,03).

Мы ретроспективно сравнили наши данные с результатами, полученными для аналогичной концентрации водонерастворимой формы синтетического аналога тиронамина – 4-[4-(2-амино-этокси)-бензил]-фениламина дигидрохлорида (СА-Т0). Снижение температуры на 30 и 60 минуте опыта для водорастворимого аналога оказалось менее выраженным, чем для водонерастворимого (в 1,8 и 2,1 раза соответственно) и было статистически незначимым (для СА-ТОН₂O p_{30,60}=0,07, для СА-Т0 p_{30,60}= 0,03).

Таким образом, хотя водорастворимый аналог тиронамина и оказывает некоторый гипотермический эффект, он оказывается менее выраженным, чем при использовании водонерастворимой формы.

Тиронамин (Т0АМ) является биогенным амином, реализующим свои кардиогенные и терморегуляторные эффекты посредством связывания с TAAR-рецепторами. Согласно литературным данным, осуществление этого связывания может зависеть от этиламинового фрагмента молекулы Т0АМ. Водорастворимый аналог тиронамина СА-ТОН₂O был получен путем замены этиламинового фрагмента на амидный, что предположительно и привело к снижению его гипотермического эффекта.

Выводы. Водорастворимый аналог тиронамина СА-ТОН₂O оказывает менее выраженный гипотермический эффект, чем водонерастворимая форма (СА-Т0). Структурные изменения этиламинового фрагмента молекулы Т0АМ являются критическими для реализации терморегуляторной активности вещества.

Фисталь Э.Я., Попандопуло А.Г., Буше В.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака МЗ ДНР

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИБРОБЛАСТОВ В КОСМЕТОЛОГИИ

Коррекция возрастных изменений кожи с использованием культивированных клеток в условиях *in vitro* получило широкое признание во всем мире. Наряду с современными, уже ставшими традиционными методами *anti-age* терапии (инъекции ботулотоксина, введение филлеров, аппаратная косметология и др) клеточные технологии находят все большее применение в эстетической медицине. Известно, что фибробласты обеспечивают морфофункциональную организацию кожи. От их количества и функциональной активности зависит состояние обменных процессов, архитектура дермы, а также активность других клеточных элементов кожи.

С возрастом количество активных фибробластов в дерме сокращается в среднем на 1% с каждым годом жизни. Это приводит к уменьшению синтеза коллагена, эластина, гликозаминогликанов и других активных веществ, что отображается на общем состоянии кожи – уменьшается тургор, образуются морщины. В связи с этим разработаны методики получения аутологичных фибробластов для использования в эстетической косметологии.

Важными особенностями получения и культивирования фибробластов клеточные биологи считают место забора биопсийного материала, а также условия культивирования. Исходя из

собственного опыта, а также учитывая литературные данные, нами был выбран способ забора биопсийного материала в заушной области методом панч-биопсии под местной анестезией. Кожа в этой области наименее подвержена воздействиям внешней среды, что позволяет получить качественный клеточный материал. Немаловажным является факт незначительного косметического дефекта и слабо выраженного болевого синдрома после биопсии. Для выделения первичной культуры нами был выбран метод эксплантов, культивирование производили с использованием среды DMEM/F12 (1:1) с добавлением 20% эмбриональной телячьей сыворотки и FGF (фактора роста фибробластов) 2 нг/мл.

Установлено, что при длительном культивировании фибробласты теряют способность синтезировать белки внеклеточного матрикса, возникает риск накопления хромосомных аномалий. В этой связи, наиболее безопасными для клинического применения являются клеточные культуры ранних пассажей. Благодаря выбранной нами методике за непродолжительное время удается получить необходимое количество жизнеспособных, пролиферативно активных фибробластов, которые могут быть использованы для профилактики и коррекции процессов старения.

Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Меркулов Д.С.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОБШИРНЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ И МЕХАНИЧЕСКИХ РАН С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ, КАК ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Актуальность. Основной причиной летальных исходов при обширных термических поражениях, как известно является ожоговый сепсис. Общие и местные инфекционные осложнения являются также основной причиной увеличения сроков лечения и инвалидизации при обширных механических и термомеханических ранах. По нашему мнению это связано с отсутствием алгоритма выполнения ПХО с одномоментным пластическим закрытием этих ран.

Материалы и методы. Нами произведен срав-

нительный анализ пострадавших с обширными ожогами и механическими ранами различной этиологии. Пациенты были разделены на две группы. В основной группе пострадавшие поступали в нашу клинику непосредственно после получения травмы, где им выполнялась первичная хирургическая обработка с одномоментной пластикой ран. Средний срок с поступления в клинику составил 2,32 суток. Пациентам с дермальными поверхностными или пограничными ожогами после ПХО в виде дермабразии вы-

полнялась ксенотрансплантация, а при глубоких ожогах – декомпрессионные операции У пациентов с обширными механическими ранами после ПХО, которая наряду с традиционным иссечением краев и дна раны также включала в себя УЗ-кавитацию. Этим пациентам выполнялась одномоментная аутодермотрансплантация и/или в зависимости от глубины поражения и локализации, несвободная кожная пластика, пересадка лоскутов с осевым кровотоком или комбинированные методики. Для изучения влияния ПХО на состояние микроциркуляции в ранах интраоперационно нами применялся метод лазерной доплеровской флуометрии. Пациенты, которые были доставлены в клинику после четвертых суток с момента получения травмы составили группу сравнения. Средний срок поступления составил 5,83 суток. Этим пострадавшим обработка ран уже была выполнена на предыдущих этапах оказания помощи без пластического их закрытия. В условиях нашей клиники этим пациентам традиционно выполнялись этапные некрэктомии, пластическое их закрытие проводилось после очищения раневой поверхности и роста грануляций.

Результаты. Методы пластического замещения в первой группе составили: Пластика местными тканями – 20,80%, аутодермотран-

сплантация – 54,30%, пластика по Красовитову – 4,38%, пластика лоскутами с осевым кровотоком – 12,8%, комбинация методов – 7,68%; в группе сравнения: пластика местными тканями – 23,80%, аутодермотрансплантация – 53,28%, комбинированная кожная пластика -. В основной группе количество пострадавших с инфекционными осложнениями составило – 7,35%, в группе сравнения составило 22,86%. В основной группе удалось уменьшить частоту инфекционных осложнений: сепсиса в 3,2 раза, пневмоний в 2,91 раза, токсической энцефалопатии в 1,7 раза, по отношению к группе сравнения. Сроки пребывания пациентов в основной группе составило 22,3 дня, когда в группе сравнения – 44,5 дня. Летальность в основной группе снизилась в 2,6 раза по отношению к группе сравнения.

Выводы. В результате проведенной работы было установлено, что выполнение очищение от ожогового некроза уже в стадии ожогового шока повышает эффективность микроциркуляции непосредственно в ранах, независимо от их локализации

Первичная хирургическая обработка в ранние сроки с использованием современных методик обработки ран позволяет в ранние сроки произвести пластическое закрытие ран, благодаря этому сократить возможный риск

Фисталь Э.Я.

ИНВХ им. В.К. Гусака МЗ ДНР, г. Донецк
ГОО ВПО ДОННМУ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КОМБУСТИОЛОГИИ, ПЛАСТИЧЕСКОЙ И ВОЕННОЙ ХИРУРГИИ В ДОНБАССЕ

В работе изложена история создания и развития Донецкого ожогового центра и первой в Украине кафедры комбустиологии и пластической хирургии Донецкого национального медицинского университета, совместной практической и научной деятельности с коллегами из Советского Союза и Российской Федерации, в частности – Военно-медицинской академии из С.Петербурга, начиная с 1960 года. В статье отмечено личное участие в становлении комбустиологической службы Донбасса первого руководителя и организатора кафедры термических поражений ВМА, профессора, генерал-майора медицинской службы Т.Я. Арьева. В дальнейшем это сотрудничество успешно продолжалось и в научном и практическом направлениях и с ВМА и с другими медицинскими учреждениями РФ, но особенно – с комбустиологами и пласти-

ческими хирургами г. С.Петербурга. В частности – с коллегами из НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе ВМА (директор – академик В.Е. Парфёнов) и ФБУ НИИ детской травматологии и ортопедии (директор – академик А.Г. Баиндурашвили). Подтверждением этого является награждение российской премией «Призвание» в 2008 году совместно с сотрудниками детского ожогового отделения и директора НИИ – А.Г. Баиндурашвили – автора этой публикации – проф. Э.Я. Фисталь и зав. лабораторией клеточного и тканевого культивирования нашего Института – проф. А.Г. Попандопуло.

Самое важное, что это сотрудничество с коллегами из Российской Федерации у нас продолжается и сейчас, в тяжелое для Донбасса время гражданской войны и блокады, которая длится уже более 6 лет. Наше профессиональ-

ное сотрудничество продолжается более всего с коллегами из С.Петербурга и Краснодара не только в научных публикациях, проведении научно-практических конференций, в защите и

оппонировании диссертационных работ, но – и в совместном издании учебников и учебных пособий, изданных в Российской Федерации и ДНР.

Фисталь Э.Я., Сперанский И.И., Макиенко В.В., Ульянова О.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака МЗ ДНР

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА: ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ

В последние годы в мире наблюдается рост числа больных сахарным диабетом (СД), которым страдает около 4% населения. 20-80% больных СД имеет высокий риск развития синдрома диабетической стопы (СДС), который часто осложняется гнойно – некротическими осложнениями.

Гнойно – некротический процесс любой локализации является серьезной проблемой экстренной и неотложной хирургии. Несмотря на наличие большого количества наблюдений, проведенных конференций и печатных сообщений, дискуссионным остается вопрос ранней диагностики, выбор сроков и тактики оперативного лечения пациентов с гнойно – некротическими осложнениями (ГНФ).

Гнойно – некротическая флегмона или гнойно -некротический фасциит (ГНФ) – это опасное для жизни инфекционное заболевание, при котором быстро распространяющийся некроз затрагивает подкожную клетчатку, поверхностную и глубокую фасции, сопровождается эндотоксемией с исходом в тяжелый сепсис и полиорганную недостаточность. Главное клиникo-морфологическое проявление гнойно – некротического флегмоны заключается в быстро прогрессирующем гнойно-гнилостном воспалении поверхностной фасции тела с распространенными некрозами самой фасции и вторичными воспалительными и некротическими изменениями вышележащих участков подкожной жировой клетчатки и кожи.

Целью данного сообщения является анализ наиболее часто встречающихся тактических ошибок при лечении пациентов с данной патологией, оценка эффективности применения различных методов местного и общего лечения, а также при возможности разработать алгоритм ведения пациентов с гнойно – некротическим фасциитом различной локализации.

Проведен ретроспективный анализ лечения 272 пациентов с различными проявлениями СДС, которые находились в ожоговом отделении с января 2012 по июль 2020 г. включи-

тельно. Из них гнойно – некротический фасциит диагностирован у 46 (16,9%). Обследуемые больные были в возрасте от 37 до 86 лет. У всех больных при поступлении была выражена эндотоксемия, тахикардия, тахипное, гипертермия до 39,7оС с ознобами в вечернее время, у некоторых тошнота и рвота, различные психические расстройства. При поступлении больные жаловались на резкие распирающие боли в области поражения, которые через 2-3 дня несколько уменьшались. Все больные отмечали, что вначале повысилась температура без озноба, затем появились боли и уплотнения на голени и/или бедре и только потом появилась гиперемия кожных покровов. Местно определялась локальная припухлость, гиперемия ярко – красного цвета без четких границ, позже синюшность кожных покровов с застойным венозным рисунком, высыпания в виде серозных булл, что позволяло заподозрить рожу. Большинство пациентов кроме сахарного диабета имели различные тяжелые сопутствующие заболевания, которые усложняли лечение ГНФ: гипертоническая болезнь с явлениями сердечно – сосудистой недостаточности, психические расстройства, гепатит В или С, цирроз печени с печеночной недостаточностью и асцитом, анемия и др.

При изучении историй болезни оценивалось выполнение стандартов обследования и лечения больных с СДС на догоспитальном этапе.

Обследование больных с гнойно-некротическими процессами при СДС должно включать: 1. Оценку объема и глубины поражения; 2. Оценку микро – и макрогемодинамики; 3. Оценку инфекционного статуса и течения раневого процесса.

Общие принципы лечения больных с СДС включали: хирургическую обработку гнойно-некротического очага, компенсацию СД, направленную адекватную антибактериальную терапию, местную терапию раны с использованием современных перевязочных средств, двигательную разгрузку стопы, кожную пластику дефектов стопы (по показаниям). Конечным

этапом хирургического лечения у ряда больных как с нейропатической, так и с нейроишемической формой СДС было выполнение кожно-пластических операций на стопе и голени. Все больные оперированы в первые 24-48 часов с момента поступления преимущественно под спино – мозговой анестезией в сочетании с внутривенной седацией. Целью первого оперативного вмешательства было определить точную локализацию и протяженность патологического процесса, максимально возможная некрэктомиа и санация гнойного очага, активное дренирование и открытое ведение раны. Через 3-5, реже 7-10 дней после первого оперативного пособия и активного местного лечения раны проводились пластические вмешательства в виде частичного ушивания чистого участка раны и свободной кожной пластики на остальную рану. В среднем больному проводилось от 2 до 8 оперативных вмешательств, что зависело от локализации и протяженности патологического процесса.

Основа лечения пациентов с гнойно – некротическим процессом любой локализации является антибактериальная и дезинтоксикационная многокомпонентная терапия, раннее оперативное лечение состоящее из рассечения некротического участка одним разрезом, иссечения нежизнеспособных тканей по сформировавшейся демаркационной линии, УЗИ- кавитация и активное дренирование раны включая VAC -терапию. Контроль эффективности оперативного и дезинтоксикационного лечения проводили путем изучения 12 интегральных индексов -интоксикации на основе общего анализа крови.

На основании данной работы нами был разработан алгоритм, который позволяет улучшить диагностику и правильно выбрать тактику лечения пациентов с гнойно- некротическими поражениями мягких тканей различной локализации, что значительно уменьшает угрозу развития сепсиса и предупредить развитие различных осложнений.

Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Соболев Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СЛУШАТЕЛЕЙ ФИПО ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Приказом Министра здравоохранения Донецкой Народной Республики №174 от 13.02.2017, утвержденного в Министерстве юстиции 09.03.2017 №1889 «О внесении изменений в Номенклатуру врачебных должностей и специальностей в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденную приказом МЗ ДНР от 04 июня 2015 года № 012.1/57», в ДНР была утверждена новая врачебная специальность «пластическая хирургия». Согласно данному приказу на кафедре комбустиологии и пластической хирургии ФИПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО были разработаны и утверждены дополнительные программы высшего профессионального образования профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «пластическая хирургия», разработаны и утверждены рабочие программы.

Одновременно, на базе ИНВХ им. В.К. Гусака было открыто первое отделение пластической хирургии и трансплантации клеток, в котором выполняются восстановительные и реконструктивные операции на бюджетной основе. Также был издан приказ №1559 от 06.09.2018 года Министерства здравоохранения ДНР «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики №656

от 20.04.2017 года «Об организации деятельности по ведению специальности «Пластическая хирургия». В данном приказе окончательно утвержден перечень врачебных специальностей и контингент слушателей, имеющих право пройти цикл профессиональной переподготовки (всего 13 врачебных специальностей).

В настоящее время обучение слушателей осуществляется на двух клинических базах – ИНВХ им. В.К. Гусака и ФЛП «Клиника доктора Жукова», г. Донецк. Длительность обучения по специальности «пластическая хирургия» составляет: профессиональная переподготовка – 1296 часов, повышение квалификации и стажировка – 144 часа. В цикл профессиональной переподготовки также входит обучение на смежной кафедре – дерматовенерологии и медицинской косметологии ФИПО длительностью 216 часов. Все необходимые материалы для слушателей на цикла профессиональной переподготовки, повышения квалификации и стажировки (лекционный материал, методические указания, интерактивные занятия, тесты, список рекомендуемой литературы) размещены на электронной платформе «Информационная образовательная среда» ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО. При завершении обучения слушатель проходит итоговую

государственную аттестацию и получает диплом установленного образца.

За все время обучения по специальности «пластическая хирургия» профессиональную переподготовку прошло 20 врачей разных специальностей, повышение квалификации и стажировку – 6 слушателей. Обучение проводилось как на бюджетной, так и на хозрасчетной основе.

Кроме того, сотрудниками кафедры комбустиологии и пластической хирургии ФИПО было выпущено 3 учебных пособия для врачей, одному из которых присвоен гриф «Рекомендовано Министерством образования и науки До-

нецкой Народной Республики» (приказ №1393 от 09.10.2019 г.), 2 пособия были изданы в Российской Федерации (г. Краснодар) под совместной редакцией профессора Э.Ф. Фисталя и академика РАН В.А. Порханова.

Таким образом, можно прийти к выводу, что несмотря на непростую ситуацию в ДНР в целом и медицине в частности, кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО активно развивается, совершенствуется как педагогический процесс, так и процесс научного поиска, создаются новые стандарты обучения и лечебного процесса.

Фомина Е.А., Чуприна Д.С.

Научный руководитель – проф. Седаков И.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Введение. В данном обзоре проанализированы последние публикации по нутритивной поддержке и нутритивной недостаточности у пациентов с раком желудка. Цель исследования. Обобщить и проанализировать данные публикаций по нутритивной недостаточности и оценить эффективность нутритивной поддержки при лечении рака желудка.

Материал и методы. Поиск публикаций производился в поисковых базах PUBMED, MEDLINE, ClinicalKey, BMJ Group, Cochrane Library, Google Scholar. Было найдено 109 публикаций, из них 61 полноформатных статей. В публикациях использовали критерии оценки нутритивного статуса онкологических больных до и после нутритивной терапии в послеоперационном периоде, такие как Nutritionalriskindex (NRI) и Prognosticnutritionalindex (PNI)

Результаты и обсуждение. Согласно ESPEN частота нутритивной недостаточности у онкологических больных встречается в 46-88% случаев. Из них в 75-80% случаев она обнаруживается при раке желудка. Нутритивная поддержка может осуществляться 3 способами: парентеральное питание (ПП), энтеральное питание (ЭП) и пероральное питание. В данном литературном обзоре эффективность перорального питания не рассматривалась. В публикациях прослеживалась клиническая гетерогенность. Авторы использовали разные критерии оценки нутритивного статуса онкологических больных и эффективности нутритивной поддержки. В исследовании Fukuda и др. было 152 пациента, из 99 (65,1%) не получали адекватную нутритивную поддержку в течение

10 дней после операции, а 53 (34,9%) получали. Частота послеоперационных осложнений была значительно выше в группе с недостаточным питанием (45,4%), в то время как в группе с адекватной нутритивной поддержкой этот показатель составил 17,0%. В другом рандомизированном исследовании доказали, что наличие нутритивной недостаточности повышает риск развития послеоперационных осложнений до 35,5%, в то время как 10-дневный курс нутритивной поддержки позволяет снизить риск возникновения осложнений до 17%. В 10 рандомизированных исследованиях с 3396 пациентами при PNI больше 45,5 риск развития осложнений был в 1,74 раза выше, а общая выживаемость снижалась в 1,82 раза. По данным публикаций азиатских ученых, в которых сравнивалась эффективность ЭП, ПП и внутривенных инфузий, всего исследовалось 248 пациента в послеоперационном периоде, среди которых 37 (14,9%) получали ЭП, 113 (45,5%) получали ПП, а 98 (38,8%) получали внутривенные инфузии. У пациентов с ЭП частота осложнений составила 8,1%. У больных на ПП вес снизился у 12,3%, осложнения возникли в 12,3% случаев, а смертность возникала в 11,5% случаев. У больных с внутривенными инфузиями снижение веса наблюдалось у 32,6%, осложнения возникли в 12,3%, а смертность была в 53,06% случаев.

Выводы: Нутритивная поддержка является неотъемлемой частью Fast-track Surgery и ERaS.

Вовремя начатое проведение нутритивной терапии позволит снизить возникновение послеоперационных осложнений и ускорить реабилитацию пациента.

Харжевская Т. С.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИЦ, ВСТУПАЮЩИХ В БРАК

В настоящее время законодательство Донецкой Народной Республики (далее по тексту – ДНР) находится на этапе формирования во многих сферах общества и заметно активизировалась работа по пересмотру и актуализации существующих взглядов на наиболее важные институты, в том числе не исключением стало и медицинское право, которое находится в тесной связи со многими отраслями права, в том числе и семейного права.

Медицинское обследование лиц, вступающих в брак – это неотъемлемое условие создания крепкой семьи, рождения у супругов детей без патологических и иных отклонений и, наконец, – это препятствие возможного заражения друг друга тяжелыми инфекционными, венерическими и иными опасными заболеваниями.

Обоснованное и разумное правовое регулирование данного вопроса позволит исключить возможность негативного влияния не только на брачно-семейные отношения конкретных лиц, но и на жизнь, здоровье граждан всей страны, на государство в целом.

В настоящее время в части 1 статьи 34 Конституции ДНР закреплена норма, согласно которой каждый гражданин имеет право на охрану своего здоровья. Данное положение получило развитие, в том числе, и в Семейном кодексе ДНР (далее – СК ДНР) был принят 17.07.2020 года, и вступил в действие с 01.09.2020 года. Так, статья 15 СК ДНР предусматривает медицинское обследование лиц, вступающих в брак, а также консультирование по медико-генетическим вопросам и вопросам планирования семьи, которые проводятся учреждениями здравоохранения государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения по месту их жительства бесплатно и только с согласия лиц, вступающих в брак. Данное положение законодательства ставит ряд значимых вопросов.

Исходя из вышеуказанного, считается, что

прежде чем начать рассмотрение вопросов о правовых аспектах медицинского обследования лиц, вступающих в брак, необходимо определиться со смыслом, который использует законодатель при употреблении термина «медицинское обследование».

Проанализировав действующие законодательные акты ДНР, приходим к выводу, что в настоящее время отсутствует легальное определение указанного понятия. Это, безусловно, является законодательным упущением, порождая множество противоречий при его использовании. Так, в одних источниках понятие «медицинское обследование» отождествляется с понятием «медицинский осмотр», указывается на их синонимичность. В других – разграничение возможно провести, но только исходя из систематического толкования.

Обращаясь к следующей особенности исследуемого правоотношения, отметим, что статья 15 СК ДНР закрепляет правило, согласно которому добрачное медицинское обследование проводится медицинскими организациями государственной и муниципальной системы здравоохранения бесплатно.

Возникает спорный вопрос: каким договором будут оформляться правоотношения, возникшие между будущим супругом и медицинской организацией государственной и муниципальной системы здравоохранения в связи с добрачным медицинским обследованием?

Еще раз стоит обратить внимание на то, что вышеназванные положения распространяются на бесплатное медицинское обследование лиц, вступающих в брак. Таким образом, исходя из установленного в статье 15 СК ДНР права на бесплатное медицинское обследование, необходимо прийти к выводу об отсутствии необходимости в указанном случае заключения отдельного договора на оказание услуг между медицинской организацией и лицом (лицами), вступающими в брак.

Хахелева Т.Н., Калиновский Д.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г.Донецк, кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ» В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Целью исследования являлся анализ возможностей использования технологий дистанционного обучения в преподавании дисциплины «хирургическая стоматология» в экстремальных условиях пандемии.

Материалы и методы. На протяжении 2004-2020 годов на кафедре хирургической стоматологии (с 2015 года – стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии) ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» нами поэтапно внедрялись различные формы интерактивного и дистанционного обучения, включая: интерактивный тестовый контроль, электронные учебные пособия, образовательный интернет-ресурс кафедры, информационно-образовательная среда (ИОС). Также было создано 2 компьютерных класса, сформирован электронный банк тестов, учебных пособий, методических рекомендаций, видеофильмов.

Результаты исследований. Использование описанных технологий интерактивного и дистанционного обучения в комплексном подходе преподавания дисциплины «хирургическая стоматология» позволило повысить качество и эффективность обучения студентов 3-5 курсов стоматологического факультета и предоставило возможность в сложившейся экстремальной ситуации пандемии минимизировать негативные влияния на процесс обучения отсутствия очных

форм – лекций, практических и семинарских занятий.

Опыт работы со студентами дистанционно (в заочной форме) во время активных боевых действий 2014-2015 гг. позволил накопить первый положительный опыт, который в течение последующих лет был дополнен и послужил основой для работы в новых экстремальных условиях пандемии. В том числе, в качестве новой формы обучения в последние месяцы активно внедряется такой вид интерактивного общения как вебинар (видеоконференция).

Стоит заметить, что в силу профессиональных особенностей, в медицинских ВУЗах заочная (дистанционная) форма обучения не может полностью заменить очную, но, как показывают литературные данные и собственный опыт, вполне может служить эффективным дополнением к ней как в качестве внеаудиторной самостоятельной подготовки студентов, так и при интерактивном общении с преподавателем.

Выводы: Использование различных форм дистанционного обучения на современном этапе является неотъемлемой частью преподавания в высших учебных заведениях, а в условиях экстремальных ситуаций позволяет минимизировать негативное влияние на процесс обучения, связанное с невозможностью проведения очных форм обучения.

*Хлудеева Н.Д., Романенко С.В., Пополитов Е.Е.
Научный руководитель – проф. Седаков И. Е.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ КОНИЗАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПЕТЛЕВЫМ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В СРАВНЕНИИ С НОЖЕВЫМ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Цель исследования: Оценить результаты и возможные осложнения проведения конизации такими хирургическими методами, как петлевой электрохирургический и ножевой, при цервикальной интраэпителиальной неоплазии шейки матки.

Материалы и методы: Произведен поиск материалов в базах данных MEDLINE, Cochrane Systematic Reviews, CENTRAL, Web of Science и Scopus. Были включены исследования, сравнивающие эффективность электрохирургической петлевой и ножевой конизации у пациентов с

цервикальной интраэпителиальной неоплазией.

Результаты исследования: Среди 26 отобранных исследований, в которых общее количество пациентов составило 1817 человек, частота стойких и рецидивирующих заболеваний после электрохирургической петлевой конизации была сопоставима с таковой после ножевой (15,6% против 7,38%; относительный риск (ОР) = 1,35; 95% доверительный интервал (ДИ) = 1,00-1,81). При петлевой электрохирургической конизациипроцедура иссечения приводила к укорочению оперативного вмешательства и составляла 6,4-12,6 минут, а также к более короткому пребыванию в стационаре – от 1,1 до 1,8 дней, вызывала меньший объем интраоперационных кровотечений, который составлял 21,3-106 мл крови. (величина разницы средних (ВРС), 9,5 минут [95 (ДИ) = 6,4-12,6 минут]; ВРС, 42,4 мл [95% ДИ = 21,3-106 мл]; и ВРС, 1,5 дня [95% ДИ = 1-1,8 дня] соответственно). Сравнивая характеристики конусов после процедуры двумя методами, выявлено, что при проведении электрохирургической петлевой конизации длина, объем и масса конусов были меньше, чем при ножевой конизации и составляли 3,2-7,1 мм, объем – 0,6-5,7 см³,

масса конуса соответствовала 1,4-3,7 г (ВРС, 5,1 мм [95% ДИ = 3,2-7,1 мм]; 2,6 см³ [95% ДИ = 0,6-5,7 см³]; и 2,6 г [95% CI = 1,4-3,7 г] соответственно). Во время наблюдения, электрохирургическая петлевая конизация также приводила к меньшему количеству таких осложнений, как стеноз цервикального канала, относительный риск (ОР) которого составил 0,5, и позитивный край резекции; однако это не было статистически значимым (ОР 0,5 [95% ДИ = 0,1-1,5]; ОР 0,7 [95% ДИ = 0,4-1,2], соответственно).

Вывод: В ходе исследования выяснилось, что петлевая электрохирургическая процедура иссечения влагалищной шейки матки и цервикального канала имеет такие преимущества перед ножевой конизацией, как меньшее время оперативного вмешательства, меньший объем кровопотери во время операции, приводит к более короткому пребыванию в больнице, к низкому риску развития стеноза цервикального канала и позитивного края резекции. Таким образом, петлевая электрохирургическая конизация шейки матки является приемлемой альтернативой ножевого метода у женщин с цервикальной интраэпителиальной неоплазией.

Хохлова Е.А., Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ВЫСОКОНАПОЛНЕННЫМИ ГЕРМЕТИКАМИ

Цель исследования: оценить эффективность двух наполненных светоотверждаемых фторсодержащих герметиков для герметизации первых постоянных моляров у школьников.

Материалы и методы исследования. Объектом клинических исследований были школьники в возрасте 6-8 лет МОУ «Школа №51 г. Донецка». В зимний период обследовано 20 детей с низким уровнем структурно-функциональной кислотоустойчивости (СФКУ) эмали зуба (тест эмалевой резистентности (ТЭР) 7,20±0,21 бала), интенсивностью кариеса в смешанном прикусе (кп+КПУ) 4,35±0,27 и значением индекса гигиены по Федорову-Володкиной (ГИ) 2,21±0,11 балла. После проведения профессиональной гигиены полости рта фиссуры первых постоянных моляров верхней и нижней челюсти были запечатаны двумя жидкотекучими герметиками с использованием неинвазивного метода герметизации. Нанесение, распределение и светоотверждение герметика проводилось согласно рекомендациям фирмы-изготовителя.

Все запечатанные фиссуры были разделены на две равные группы в зависимости от применяемого герметика: в первой группе в 40 молярах герметизацию проводили с использованием высоконаполненного герметика Fissurit FX (Voco), во второй (40 моляров) – с применением герметика на основе ормокера Admira Seal (Voco). После герметизации было проведено обучение индивидуальной гигиене полости рта, даны рекомендации по сбалансированному питанию. Эффективность герметизации оценивалась через 3 и 6 месяцев по следующим критериям – наличие герметика в фисуре, целостность краевого прилегания, наличие кариеса вокруг герметика.

Результаты исследования. Через 3 месяца все пациенты пришли на контрольный осмотр. Уровень СФКУ эмали, интенсивности кариеса и индекса гигиены у пациентов не имели достоверной ($p > 0,05$) динамики, так индекс ТЭР составил 6,80±0,23 бала, кп+КПУ 4,55±0,24, ГИ 2,14±0,14 балла. Наблюдалась 100%-ная сохранность герметика во всех исследуемых зубах в обеих груп-

пах без вторичного кариеса и нарушения краевого прилегания герметика.

Контрольные исследования пациентов в летний период через 6 месяцев показали, что уровень СФКУ эмали и гигиенический индекс были достоверно выше ($p < 0,05$), чем на момент проведения герметизации и составили $5,35 \pm 0,31$ и $1,93 \pm 0,12$ бала, соответственно. Был отмечен прирост интенсивности кариеса за счет появления новых кариозных полостей в молочных зубах (индекс кп+КПУ $4,80 \pm 0,28$ балла), однако разница недостоверна ($p > 0,05$).

Сохранность герметика в молярах первой группы было выявлено в $85,00 \pm 4,98\%$ случаев, во второй – $95,00 \pm 4,87\%$ случаев. Целостность краевого прилегания герметика без микроподтеканий наблюдалась в $75,00 \pm 6,68\%$ случаев в молярах первой группы и в $90,00 \pm 5,71\%$ случаев – второй группы. Различия по данным показа-

телям между первой и второй группами достоверны ($p < 0,05$). На протяжении всего времени исследования кариозных поражений в области герметика не выявлено.

Выводы. В результате исследования установлено, что высоконаполненный герметик основе ормокера *Admira Seal (Voco)* за счет низкой полимеризационной усадки и устойчивости к абразии обеспечивает достоверно ($p < 0,05$) лучшую obturацию фиссур постоянных зубов без нарушений краевого прилегания в сравнении с высоконаполненным герметиком *Fissurit FX (Voco)*, тогда как долгосрочное антикариозное действие отмечается при применении обоих герметиков. Достоверное повышение уровня СФКУ эмали и улучшение гигиенического индекса в обеих группах обследуемых связано с высоким содержанием фторидов в исследуемых герметиках.

Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л., Матийцив А.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

На базе Центрально-городской клинической больницы № 1 г. Донецка в отделении амбулаторного хронического гемодиализа ежедневно оказывают помощь пациентам с терминальной стадией хронической почечной недостаточности несмотря на боевые действия, продолжающиеся в Донецкой Народной Республике с 2014 года по настоящее время. Отделение не прекращало свою работу в условиях ограничения материального обеспечения и водоснабжения. Лечение пациентов продолжает проводиться в условиях пандемии коронавируса.

В связи с увеличением количества пациентов, получающих лечение гемодиализом, вопрос простого в использовании, безопасного, длительно функционирующего постоянного сосудистого доступа (ПСД) с каждым годом становится всё актуальнее. Процедура невозможна без обеспечения достаточного кровотока по экстракорпоральному контуру. В типичном случае доступ должен исключить рециркуляцию крови через аппарат «искусственная почка» (повторный забор крови, прошедшей через диализатор), обеспечить объемную скорость кровотока не менее 250 – 300 мл/мин, функционировать многие годы без осложнений. Отдельно обсуждается вопрос возможности реконструкции фистулы после наступившего тромбоза. Разнообразие предложенных сегодня способов формирования ПСД

подчеркивает тот факт, что ни один из известных вариантов не является идеальным. Более других предъявляемым требованиям отвечает нативная артерио-венозная фистула

Объектом исследования явились пациенты, которым в период с сентября 2014 г. (за время боевых действий) в клинике было произведено формирование или реконструкция артерио-венозной фистулы для проведения хронического гемодиализа

Всего в исследование вошли 42 пациента из 7 городов ДНР и ЛНР. Мужчин было 27 (61,4%), женщин – 17 (38,6%). Возраст пациентов колебался от 23 лет до 79 лет.

Ни в одном из наших наблюдений пациентами не было отмечено проявлений синдрома обкрадывания кровоснабжения верхней конечности, что объясняется применением дистальной позиции АВФ, наличием и проходимостью источников коллатерального кровообращения кисти, а также решением вопроса о конфигурации фистулы по результатам картирования вен и ультразвукового исследования сосудов перед операцией. В свою очередь, повышение скорости кровотока через анастомоз достигалось применением противостенотической методики – использованием отдельных узловых швов и уменьшением артериального сброса путем тщательного препарирования с пересечением артериальных

сосудов, отходящих от магистрального в зоне операции. Не было отмечено также связи между методикой формирования анастомоза («конец в конец», «конец в бок» и др.) и вероятностью его тромбоза.

В результате проведенного исследования установлено, что дистальная нативная артерио-венозная фистула для гемодиализа отличается относительно небольшим процентом осложне-

ний при ее формировании, достаточной длительностью эффективного функционирования, отсутствием синдрома обкрадывания конечности, а также негативного влияния на прогрессирование сердечной недостаточности. В случае необходимости реконструкции дистальная нативная радиоцефалическая артерио-венозная фистула удобна, поскольку имеет достаточный резерв длины сосудов в проксимальном направлении.

Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л., Матийцев А.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОРДИНАТУРА ПО ХИРУРГИИ КАК СТУПЕНЬ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Ординатура – это ступень многоуровневой структуры высшего медицинского образования является формой непрерывного профессионального образования врачей в медицинских высших учебных заведениях. Её основная задача – подготовка высококвалифицированных специалистов для самостоятельной работы в органах и учреждениях здравоохранения или в порядке частной практики.

Условиями высокого уровня подготовки специалистов на современном этапе являются разработка и введение в действие компетентностно-ориентированных Государственных образовательных стандартов (ГОС) высшего профессионального образования, адекватной организации учебного процесса в вузе, научно обоснованной системы контроля качества обучения, в том числе и на заключительном этапе.

В ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО на протяжении более 30 лет функционирует собственная уникальная система управления качеством подготовки врачей, предусматривающая ориентацию учебного процесса на всех его этапах на овладение студентами универсальными и профессиональными компетенциями и включающая соответствующую промежуточную и государственную итоговую аттестации (ГИА).

С сентября 2018 года кафедры приступили к реализации нового уровня обучения – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре. Кафедрой хирургии факультета интернатуры и последипломного обучения (ФИПО) согласно локальным нормативным документам по организации и методическому обеспечению учебного процесса, были разработаны учебные планы и программы, средства обучения, методические рекомендации для преподавателей и методические указания для обучающихся, фонды оценочных средств и другие учебно-методические

материалы для ординаторы по специальности «Хирургия». Параллельно осенью 2019 года мы приступили к подготовке ГИА первого выпуска ординатуры.

ГИА выпускников выявляет теоретическую и практическую подготовку ординатора в соответствии с требованиями ГОС подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности. Обучающиеся допускаются к ГИА после изучения дисциплин в полном объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры. и имеющие средний балл за текущую успеваемость не ниже 3,0. Цель ГИА: установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач. Задача: проверка уровня освоения компетенций, принятие решения о подтверждении (присвоении) квалификации и выдаче документа установленного образца.

Комплексный тестовый экзамен предназначен для проверки освоения тех профессиональных сформулированных в ГОС ординатуры по специальности «Хирургия», умений, которые можно проверить путем решения тестовых заданий.

Тестирование проводится с помощью буклетов, включающих 120 тестовых заданий формата А, из которых – 100 по основным вопросам хирургии и 20 тестов по смежным дисциплинам. Количество тестов в каждом буклете определено с учетом объема изучения раздела/дисциплины в основной профессиональной образовательной программе ординатуры по специальности «Хирургия». Выпускники ординатуры по хирургии 2019, 2020 годов успешно сдали ГИА, овладели компетенциями, определенными в стандартах и успешно приступили к практической профессиональной деятельности.

Христуленко А.Л., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г.Донецк

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЦИКЛОВ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ» 2018-2020 ГГ.

Непрерывное медицинское образование (НМО) – это система последиplomного образования, обеспечивающая непрерывное совершенствование знаний и навыков, умений в течение всей профессиональной жизни врача, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение профессиональных компетенций. Система НМО внедряется с целью повышения качества последиplomной подготовки врачей и провизоров. Она заключается в обеспечении целенаправленной подготовки специалистов для выполнения четко определенных трудовых функций. Вопрос о НМО имеет корни в странах Западной Европы и США, где достаточно давно действует система Continuous Medical Education (СМЕ). В Российской Федерации система НМО в качестве ведущего варианта последиplomного образования уже принята в течение нескольких последних лет.

Коллектив кафедры терапии факультета интернатуры и последиplomного образования (ФИПО) им. проф. А.И. Дядыка приступил к обучению в системе НМО с 1 января 2018 г. К 1 сентября 2018 г. были разработаны и утверждены рабочие программы и учебные планы по всем модулям, методические указания для обучающихся и методические рекомендации для преподавателей. Предполагается следующая последовательность обучения: в 1-й год – Модуль 1, посвященный вопросам кардиологии, во 2-й год – Модуль 2 (актуальные вопросы ревматологии), в 3-й год – Модуль 3 (актуальные вопросы гастроэнтерологии и пульмонологии), в 4-й год – курсы тематического усовершенствования (ТУ) (72 часа), 5-й год обучения – Модуль 4 (ак-

туальные вопросы нефрологии, эндокринологии и гематологии), после чего предусмотрена сдача квалификационного экзамена.

Всего в 2018-2020 году повысили квалификацию по специальности «Терапия» в системе НМО 606 слушателей. В 2018 году с сентября по декабрь на цикле Модуль 1 прошли обучение 89 человек. В 2019 году с февраля по декабрь – 155 и 89 врачей терапевтов (Модуль 1 и Модуль 2 соответственно). С января по октябрь 2020 года на кафедре терапии ФИПО им. проф. А.И. Дядыка в системе НМО уже обучились 94, 130 и 50 человек (Модуль 1, Модуль 2 и Модуль 3 соответственно). Запланировано на оставшиеся два месяца 2020 года еще 11, 7 и 35 слушателей на циклы указанных выше Модулей.

Образовательная активность в системе НМО представлена основной и дополнительной образовательной деятельностью. Дополнительная образовательная деятельность представлена: участием специалистов в освоении образовательных модулей тематического усовершенствования (лекциях, семинарах, тренингах, мастер-классах, в том числе проводимых с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения), вне основной учебной деятельности. Согласно анкетированию слушателей, проведенного на кафедре, у 70% имеется недостаточное количество баллов по дополнительной образовательной деятельности. Пути решения этой проблемы: активизация дистанционных образовательных технологий, дополнительные циклы тематического усовершенствования, лекции по месту работы врачей.

Цвяшко Т.И., Железная А.А., Левченко И.И., Холодняк Т.И., Симонов А.А

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ, ПЕРИНАТОЛОГИИ, ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ГИНЕКОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА ИНТЕРНАТУРЫ И ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Для оценки эффективности способа профилактики несостоятельности рубца на матке после

операции кесарево сечение (КС) путем интраоперационного интрамиометрального введения

тромбоцитарной аутоплазмы, в числе основных, оценивался экономический эффект.

Подсчитано, что в группе рожениц, получавших патогенетически оправданную терапию, направленную на улучшение репаративных процессов количество койко-дней при проведении КС у одной пациентки в стационаре, уменьшилось в среднем на 1,5 дня. Рассчитан экономический эффект вагинальных родов в сравнении

с затратами на операцию кесарево сечение, который учитывал стоимость родоразрешения, ведение послеродового периода, пребывание новорожденного. Затраты на проведение срочных нормальных родов, рассчитанные методом суммарных затрат составили 2281,46 рубля, на проведение КС в нижнем сегменте – 13873, 75 рубля.

Послеродовый период при проведении срочных нормальных родов, определенный обошелся государству в 1063,61 рубля, а после КС – в 8805,48 рубля. Пребывание новорожденного после срочных нормальных родов стоило 537,82 рубля, после оперативного родоразрешения – 654, 09 рубля. Общая стоимость срочных нор-

мальных родов составила 3882,89 рубля, операции КС в нижнем сегменте 23333,32 рубля. Проведение срочных нормальных родов обходится в 6 раз дешевле, чем проведение операции КС.

Расходы на введение тромбоцитарной аутоплазмы во время операции КС с целью профилактики нарушения процессов репарации тканей матки после оперативного родоразрешения составили 1000 рублей. Даже с учетом этой суммы, расходы на проведение двух операций КС, в случае наступления повторной беременности, составят 46666,64 рубля, а в случае первого КС с введением тромбоцитарной аутоплазмы в область рубца и проведения вагинальных родов с рубцом на матке 28216,21 рублей, что 1,7 раза меньше.

Таким образом, интраоперационное интрамиотральное применение тромбоцитарной аутоплазмы для профилактики несостоятельности рубца на матке после операции кесарево сечение уменьшает расходы на родовспоможение при условии проведения последующих родов с рубцом на матке через естественные родовые пути.

Цыба Н.Ю., Цыба И.В., Кононенко И.Н.

Республиканский наркологический центр

МЕДИЦИНСКИЙ КСЕНОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Медицинский ксенон в терапии больных с алкогольной зависимостью .

Целью исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения медицинского ксенона у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. В Республиканском наркологическом центре были обследованы 30 человек с синдромом зависимости от алкоголя. Средний возраст больных составил 38 лет. Обследуемые получали стандартную терапию для лечения психических и поведенческих расстройств вследствие злоупотребления алкоголем. Также больные этой группы ингаляционно получали ксенон (препарат «Ксемед»). Обследуемым производились оценка ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, оценка общего самочувствия и настроения по шкале САН. Сроки наблюдения составили 6 месяцев. В качестве контрольной группы под наблюдением находились 30 человек, злоупотребляющих алкоголем. При этом ингаляционный ксенон они не получали.

Результаты исследования. При оценке ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина к моменту окончания ксенотерапии у всех 27 пациентов регистрировались снижения показателей до низких (<30 баллов) либо умеренных (31-44 балла) значений. Через 6 месяцев после окончания лечения у 26 (87%) пациентов сохранялись аналогичные показатели значений. В группе контроля снижение данных показателей до умеренных величин отмечалось у 20 пациентов (70%) лишь к десятому дню терапии. Через 6 месяцев у 8 из них (28%) имел место возврат соответствующих показателей к высоким значениям.

При оценке самочувствия по шкале САН у пациентов основной группы после окончания ингаляций отмечилось повышение показателей до 4,6 баллов и выше . Через 6 месяцев, показатели значений выше средних наблюдались у 22 (88%) человек. В контрольной группе значения ниже средних повышение уровней до средних и выше имело место у 19 (70%) пациентов к моменту окончания терапии, при этом у 15 больных

(56%) через 6 месяцев вновь выявлено снижение показателей до средних уровней и ниже.

Во время оценивания активности с использованием шкалы САН среди наблюдаемых в основной группе к окончанию ингаляций у всех 30 (100%) пациентов отмечилось увеличение данных величин до значений выше средних. В группе контроля к окончанию терапии у 24 (80%) человек данные величины выросли до значений выше средних. Через 6 месяцев показатели настроения выше средних отмечались у 26 (87%) и у 20 (67%) обследуемых в основной и контрольных группах соответственно.

При оценке настроения по шкале САН в основной группе после окончания ксенонотерапии показатели настроения выше средних отмечались у 30 (100%) наблюдаемых пациентов.

Цыганова О.А., Соболева П.А.

ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВОВОЙ ГРАМОТНОСТИ ВРАЧЕЙ

Существующая действительность предъявляет к врачам все более высокие требования. Помимо оказания медицинской помощи современный врач должен уметь согласовать свои действия с действующими правовыми нормами, владеть и применять на практике методики разрешения разногласий и споров, использовать принципы этики и деонтологии в своей практической деятельности.

С целью научно обосновать и разработать мероприятия по оптимизации правовой информированности врачей Архангельской области нами было проведено социологическое исследование (анкетирование).

В опросе приняли участие 498 врачей, большинство из них (59,6%) не имели квалификационной категории, каждый шестой (16,7%) имел первую категорию, каждый пятый (19,9%) – высшую. Наименьшую долю (3,8%) составили врачи, имеющие вторую квалификационную категорию.

По стажу работу опрошенные распределились следующим образом: до 5 лет – 122 респондента (24,7%), от 6 до 10 лет – 70 (14,2%), от 11 до 20 лет – 130 (26,3%), более 20 лет – 172 (34,8%).

Наибольшие трудности при опросе у врачей вызвали ответы на следующие вопросы: согласие на медицинское вмешательство; оказание медицинской помощи при угрозе жизни лиц, не достигших 15 лет и отказе законных представителей (доля правильных ответов составила менее

Через 6 месяцев наблюдения показатели настроения не ниже средних имели место у 20 (67%) наблюдаемых. В группе контроля к моменту окончания терапии у 15 (50%) обследуемых, данные величины достигли средних значений, и у 15 (50%) больных – выше средних.

Выводы:

1. Использование ксенона сопровождается более значимым снижением ситуативной и личностной тревожности больных с алкогольной зависимостью.

2. Назначение ксенонотерапии при лечении пациентов, злоупотребляющих алкоголем, приводит к более существенному улучшению общего самочувствия, активности и настроения по сравнению с группой контроля.

40%), в вопросах гражданско-правовой, административной, дисциплинарной ответственности (доля правильных ответов составила менее 40% в 6 из 12 вопросах).

При проведении сравнительного анализа уровня правовой информированности врачей разных специальностей, стажа работы и квалификации были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$). Так, по первому блоку вопросов, касающемуся соблюдения прав пациентов, максимальная доля правильных ответов была у врачей из групп прочих специальностей (75,4%), куда отнесены санитарные врачи и судебные медики, и организаторов здравоохранения (70,6%). Среди врачей клинических специальностей доля правильных ответов была примерно одинакова и колебалась от 69,3% у педиатров до 63,8% у врачей неотложной медицинской помощи. По блоку знаний, касающихся юридической ответственности врачей, правовая информированность судебных медиков и санитарных врачей также оказалась выше врачей всех остальных врачебных специальностей (57,9%). Как не парадоксально, но уровень правовых знаний организаторов здравоохранения по данному блоку (53,0%) не превосходит уровень клиницистов (49,0-54,1%). Такая же тенденция отмечена и по результатам теста в целом: выше уровень правовой информированности у судебных медиков и санитарных врачей (68,4%) и ниже у организаторов здравоохранения (63,5%), клиницистов (63,2-58,2%) и параклиницистов (59,6%).

Показатели уровня правовой грамотности врачей в зависимости от квалификации (врачебной категории) характеризуют снижение уровня правовой информированности в целом и по каждому блоку с повышением уровня квалификации врача. Та же тенденция и при анализе доли правильных ответов у лиц с разным стажем работы: у лиц с большим стажем работы уровень правовых знаний достоверно ниже.

Для корректировки уровня правовых знаний

врачей необходимо повышение квалификации по вопросам медицинского права в рамках системы непрерывного медицинского образования, в т.ч. и использованием дистанционных технологий; контроль уровня правовых знаний при сдаче экзамена на квалификационную категорию; формирование системы мотивации врачей на повышение своей правовой грамотности как способа предупреждения конфликтных ситуаций с пациентами и их родственниками.

Чайка В.К., Говоруха И.Т., Белоусов О.Г., Трубникова И.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ПУПОВИНЫ, КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ГЕСТАЦИИ

Пуповина – это провизорный орган, который является составной частью фетоплацентарного круга кровообращения, обеспечивающий жизнедеятельность плода на протяжении всей беременности. Патология пуповины может быть причиной серьезных патологических процессов у плода и новорожденного, включая внезапную смерть в ходе родов.

Цель. Установить диагностическую и клиническую значимость кист пуповины и исходы течения беременности при данной патологии.

Материалы и методы. В Донецком республиканском центре охраны материнства и детства за девять месяцев 2020 года произошло 1408 родов, из них у трёх диагностировали кисты пуповины. Проведено клинико-лабораторное обследование, эхографические исследования, которые проводились на ультразвуковых аппаратах экспертного класса Toshiba Aplio MX (Япония) и Samsung HS70A (Корея) с использованием конвексных мультислотных трансдюсеров, частотой 2,0-10,0 МГц с углом обзора 101-180°, поддерживающих функцию 3Д и dynamic flow, также оценено состояние новорожденных детей, осуществлено патогистологическое исследование последа. Для расчета 95% доверительного интервала (95% ДИ) для частоты использовали метод Уилсона.

Результаты. Частота кист пуповины в нашем исследовании составила 0,21% (95% ДИ 0,07-0,62%). В изученных случаях кисты пуповины обнаруживали в 16, 26 и 33 недели гестации. В первом случае беременность сопровождалась неоднократной угрозой её прерывания, в двух других – это были случайные находки. Особенности образований пуповины: размеры от 33 до 150 мм и располагались рядом с местом вхождения пуповины в плаценту. Все пациентки были

ургентно родоразрешены путём операции кесарева сечения, показанием явился дистресс плода. Две женщины родоразрешены в сроках 35-36 недель гестации и одна в 32 недели беременности.

Все дети родились недоношенными, в одном случае с задержкой внутриутробного развития плода. Вес новорожденных детей составил 2450, 2200 и 1970 г, все дети находились на грудном вскармливании и выписаны соответственно на 6, 9 и 28 е сутки жизни. В последнем случае отмечалось перинатальное гипоксическо-ишемическое поражение центральной нервной системы, синдром дыхательных нарушений, пролонгированная желтуха.

При патогистологических исследованиях в пуповине зарегистрирован умеренный отек вартонова студня. Рядом с плацентой крупная субамниотическая киста с очагом кровоизлияния в полости и признаками начальной организации кровяного свертка. В ткани незрелой плаценты неравномерное кровенаполнение, группы замурованных в фибриноид ворсин, умеренное количество синцитиальных почек. В случае родов в 32 недели гестации у края плаценты находилась киста с обильным серозным содержимым в сочетании с отеком оболочек и пуповины. В плодных оболочках отмечена скудная очаговая лимфоцитарная инфильтрация, очаговый серозный базальный децидуит.

Выводы. Частота кист пуповины составляет 0,21% (95% ДИ 0,07-0,62%). Представленные случаи отражают течение беременности и родов, перинатальные исходы при наличии кист пуповины. Динамическое наблюдение и своевременное родоразрешение позволили избежать неблагоприятных исходов у новорожденных детей.

Чайковская И.В., Денъгина Е.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АЛЬВЕОЛИТА

Альвеолит – часто встречающееся осложнение и характеризующееся воспалительным процессом, болями в области лунки удаленного зуба с иррадиацией, а также с частичным или полным распадом кровяного сгустка. Одна из основных причин развития воспалительного процесса связано с повышенной вирулентностью патогенной микрофлоры на фоне снижения резистентности тканей ротовой полости.

Частота развития альвеолита, противоречива и составляет от 2,3% до 29% случаев у пациентов после операции удаления зуба, что на сегодняшний день в практическом здравоохранении является актуальной проблемой.

Местное лечение альвеолита, конечно же, предполагает комплексное воздействие, включающее в себя, удаление распада из лунки, путем оперативного вмешательства (кюретаж) и проведение противовоспалительных мероприятий. В настоящее время продолжается поиск материалов и препаратов, способствующих ликвидации воспаления, не оказывающих побочных действий и способствующих репарации кости. Данному направлению, посвящено значительное количество методов, среди которых основное место принадлежит остеопластическим

препаратам, действие которых направлено на усиление белкового, углеводно-энергетического обменов, стимуляции иммунологической реактивности организма.

На сегодняшний день, достаточно много внимания уделяется местному применению стимуляторов регенерации (аппликации, инъекции препаратами, влияющими на тканевой обмен), не всегда позволяют добиться полноценной регенерации. Данный факт, объясняется различной степенью инактивации лекарственных веществ протеолитическими ферментами и другими продуктами воспаления, находящимися в ране и полости рта, поскольку пенетрация этих препаратов вглубь тканей на фоне воспалительной реакции является сниженной, так как отмечается сладж-феномен в кровеносных сосудах микроциркуляторного русла, их спазм и тромбоз. За последнее время появилось много новых методов лечения альвеолитов, основанных на использовании различных антибактериальных препаратов в сочетании с остеопластическими материалами. Однако, не достаточно работ, посвященных методам насыщения костнопластическим материалам, заполнения ими лунки зуба и изоляции от полости рта.

Чекерда А.О.

Государственное предприятие «Донецкая железная дорога»

ИЗМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ «ДОНЕЦКАЯ ЖЕЛЕЗНАЯ ДОРОГА» В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Актуальность темы. Донецкая железная дорога (ДЖД) – транспортный комплекс, обслуживающий промышленные предприятия и население Донецкой Народной Республики. В данной отрасли трудятся более десяти тысяч работников различных профессий, связанных с обеспечением безопасности движения, обслуживанием инфраструктуры железнодорожного транспорта, а также занятых в условиях повышенной опасности наезда подвижного состава.

Железнодорожники подвержены таким профессиональным заболеваниям, как вибрационная болезнь, нейросенсорная тугоухость, пылевые болезни легких, заболевания опорно-

двигательного аппарата, периферической нервной системы и другим заболеваниям.

Материалы и методы. За медицинское обеспечение безопасности движения поездов отвечает железнодорожная медицина, задачами которой являются:

- предварительные (при приеме на работу) и периодические медицинские осмотры;
- предрейсовые и послерейсовые медицинские осмотры локомотивных бригад и водителей транспортных средств;
- экспертиза профессиональной пригодности лиц, обеспечивающих безопасность движения, после временной потери трудоспособности;

- профилактика и лечение профессиональных заболеваний железнодорожников;
- разработка и внедрение санитарных и гигиенических стандартов условий труда на железнодорожном транспорте;
- предотвращение распространения опасных инфекций железнодорожным транспортом;
- подготовка профильных специалистов железнодорожной медицины;
- организация своевременной и эффективной медицинской помощи при крушениях, авариях на железнодорожном транспорте и прочее.

Для поддержания состояния здоровья железнодорожников на соответствующем уровне и оказания высококвалифицированной помощи в структуре ДЖД до недавнего времени существовала медицинская служба, которая объединяла 17 лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

С 2014 года ДЖД столкнулась с рядом проблем: многочисленные разрушения объектов железнодорожной инфраструктуры, тяжёлое финансовое положение, массовый отток квалифицированных кадров, ликвидация в 2016 году медицинской службы с передачей ЛПУ в ведение Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Челтан Л.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», кафедра педиатрии № 1

ЭВОЛЮЦИОННЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАЗНЫХ ФОРМ РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) относится к заболеваниям, которые неразрывно связаны с социальными проблемами общества. При благоприятных социально-экономических условиях ее распространенность находится на стабильно низком уровне и составляет 5 – 8 на 100 тысяч населения. Локальные конфликты и снижение жизненного уровня населения ведут к значительному росту заболеваемости ОРЛ. Цель работы – изучить эволюционные преобразования клиничко-морфологических проявлений различных форм ревматизма у детей. Применяли стандартные клиничко-анамнестические, лабораторные и инструментальные методы (ЭКГ, ЭХОКГ). У детей с хореей при отсутствии или слабой выраженности ревмокардита проводили обследование для исключения других причин гиперкинетических синдромов (КТ, МРТ головного мозга, ЭЭГ, электромиография, определение антител (АТ) к кардиолипинам, АНФ, Mn, Fe, церулоплазмин сыворотки крови и мочи, осмотр

Результаты. С целью организации на ДЖД медицинской помощи работникам и пассажирам, проведения предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров локомотивных бригад и водителей транспортных средств с 2017 года велась работа по обеспечению выполнения организационных, технологических и других требований для получения лицензии на осуществление медицинской деятельности. Для этого в структуре ДЖД организован сектор медико-санитарного обеспечения, в функции которого входят: реализация государственной политики в сфере охраны и укрепления здоровья работников, членов их семей и пассажиров, организация медико-санитарного обеспечения бесперебойной работы ДЖД, обеспечение санитарного и эпидемического благополучия, профилактика профессиональных заболеваний, недопущение возникновения и развития инфекционных заболеваний среди работников.

Заключение. В результате проведенной работы ДЖД в 2019 году получена лицензия на осуществление медицинской деятельности. На сегодняшний день функционируют три медицинских пункта. Работа по расширению сети учреждений здравоохранения на ДЖД продолжается.

окулиста, невролога). Полученные результаты анализа особенностей клиничко-морфологического течения ОРЛ у наблюдавшихся детей сравнивали с историческим контролем (данные по ОРЛ в Москве 80-90-х годов и штате Юта в 1985-1986 гг.). Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы STATISTICA. Обследовано 352 пациента с разными формами ревматизма, среди которых 194 ребенка с ОРЛ и хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) и 158 взрослых с ХРБС, из которых перенесли ОРЛ с детским возрастом 20,2%. Порок сердца в детском возрасте сформировался у 60,8% больных, а во взрослом – в 39,2%. Среди детей с хореей преобладали девочки (9 из 13 детей) в возрасте от 8 до 15 лет (9,7±2,1). У детей с хореей достоверно чаще, чем у детей с ОРЛ без поражения нервной системы в перинатальном анамнезе выявлялись поражения ЦНС гипоксически-травматического характера (61 и 35% соответственно), патология родов у матерей

(22 и 11%), а также достоверно чаще развивались состояния, требовавшие наблюдения ребенка неврологом в раннем и дошкольном возрасте (50 и 15% соответственно). Преобладала гемихорея (78%) с подострым началом (72%), постепенным нарастанием симптоматики: хореические гиперкинезы, мышечная гипотония от умеренной до выраженной, нарушение координации (у всех детей); у подавляющего большинства пациентов регистрировались нарушение почерка, гиперрефлексия, нарушение речи, эмоциональная лабильность. У 5 девочек малая хорея в дебюте заболевания была единственным проявлением болезни. ХРБС чаще в 1,7 раза болеют девочки, чем мальчики (65% и 50% соответственно). При ХРБС у детей характерно развитие митральной недостаточности – 95,4%, а также ее сочетания с аортальной недостаточностью, которая выявляется исключительно у мальчиков (12%).

Выводы. ОРЛ болеют одинаково часто дети

обоих полов. ХРБС чаще в 1,7 раза болеют девочки. Обязательным клиническим проявлением ОРЛ у детей является эндомиокардит (91%), чаще митрального клапана. Среди внесердечных проявлений ОРЛ наблюдается высокая частота регистрации суставного синдрома (55,4%), реже – проявления малой хореи (18,5%), кольцевидной эритемы (12,3%) и ревматических узелков (7,7% случаев). У детей с хореей в анамнезе отмечается концентрация неблагоприятных перинатальных факторов поражения ЦНС и связанных с этим состояний, требующих наблюдения невролога в раннем и дошкольном возрасте.

В структуре приобретенных пороков сердца после перенесенной ОРЛ преобладает недостаточность митрального клапана. Для ХРБС в большей степени характерно развитие митральной недостаточности, а также ее сочетания с аортальной недостаточностью.

Черевко М.В., Поспелов А.Л.

Республиканский травматологический центр, Донецк, ДНР

РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ СПОСОБОМ «ВТВ»

Повреждения передней крестообразной связки (ПКС) коленного сустава происходят значительно чаще, чем диагностируются в отечественной клинической практике. Однако всё более широкое использование магнитно-резонансной томографии, в нашей практике использование артроскопии, тщательный подход к клиническому обследованию пациентов значительно повышают качество диагностики данной патологии коленного сустава.

Оперативное вмешательство по восстановлению, выполненные своевременно и малоинвазивными способами, являются средством профилактики повреждений вторичных стабилизаторов коленного сустава (мениски) и развития раннего гонартроза. Соблюдение точной изометрической позиции размещения трансплантата (точность до 1-2 мм) и адекватная его фиксация позволяют начать раннюю, активную реабилитацию с первых дней после операции. При несоблюдении требований хирургической техники и требований реабилитационной программы число неудач составляет 10-15%.

Материалы и методы. С 1998 по 2019 год в Республиканском травматологическом центре по поводу повреждения передней крестообразной связки было оперировано 540 человек (432 мужчин, 108-женщины) в возрасте от 16 до 52

лет. Преобладал возраст 21-25 лет (40%) У 503 (93,3%) пациентов при артроскопии обнаружено повреждение медиального (437), латерального (21) или обоих менисков (48), в связи с чем, им были выполнены парциальные резекции повреждённых частей. У 300 больных (55,5%) была диагностирована хондромалиция суставных поверхностей: преимущественно медиального мыщелка бедренной кости и бѳберцовой кости. Хондромалиция медиального отдела сустава составила 56,8% общего числа пациентов. Выраженность хондромалиции распределилась следующим образом: 1 степень у 56%, 2 степень у 32%, 3 степень у 8%, 4 степень у 4% пациентов. Степень изменений хрящевых поверхностей классифицировали по схеме IKDC 2000. У 7 больных артроскопическая реконструкция ПКС проводилась при повторной артроскопии, что было связано с временным отказом больных от более сложного оперативного вмешательства.

Всем больным для предотвращения развития «impingement»-синдрома выполняли расширение передненаружной части межмышечковой вырезки («notch-plasty») на 3-5 мм. Точки формирования тибильного и феморального туннелей позиционировались соответственно изометрическим местам прикрепления ПКС. Фиксацию трансплантата выполняли двумя ин-

терферентными, канюлированными винтами. Всем больным в послеоперационном периоде проводили иммобилизацию коленного сустава съёмным гипсовым тутором или брэйсом в положении полного разгибания сустава в течение 4-6 недель.

Артроскопическая реконструкция ПКС предусматривает проведение реабилитационных мероприятий по программе, обеспечивающей раннее (с первых дней после операции) начало движений в суставе с целью профилактики контрактуры и артрофиброза.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения изучены по схеме IKDC 2000 и с использованием артрометра KT-1000 в сроки от 4 месяцев до 7 лет. Результаты оценены как «норма» в 329 случаев (61%), «почти норма» в 180 (33,3%), «плохо» в 31 (5,7%) случаев. Причины плохих результатов были связаны с нестабильностью

коленного сустава вследствие лизиса трансплантата, с прогрессированием остеоартроза. У 5 пациентов развился циклоп-синдром в отдалённом послеоперационном периоде. После повторной артроскопической операции, резекции фиброзных тканей, наблюдалось полное восстановление функции сустава. Профилактикой импинжмента мы считаем адекватное расширение межмышечковой вырезки-(notch-plasty), которая выполнялась нами у всех больных при реконструкции ПКС.

Выводы. Артроскопическая реконструкция ПКС является высокоэффективным, точным и малотравматичным хирургическим вмешательством. Успешность артроскопической реконструкции передней крестообразной связки определяется точным соблюдением оперативного алгоритма действий.

Черепков В.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк

ПОЭТАПНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ

В докладе ВОЗ (2001) о состоянии психического здоровья в мире указывается, что войны, гражданские беспорядки, природные катастрофы и другие крупномасштабные бедствия становятся уделом все большего числа людей и причиной развития психических расстройств («психического дистресса») у 1/3-1/2 пострадавшего населения. Выявленные нами в ходе исследования пострадавших при хронических психотравмирующих ситуациях особенности доклинических реакций невротического уровня позволили разработать 4-этапную комплексную тактику использования коррекционных психотерапевтических и реабилитационно-оздоровительных мероприятий.

Первый этап (1-12 дней) построен на принципах эмпатической психотерапии и направлен на создание эффективного эмоционального резонанса в отношении врач-пациент. Индивидуальная психотерапия и психологическое тестирование помогли выявить не только значимые отрицательные переживания, но и существование у обследуемых эмоционально-положительных стимулов, способных составить мощную установку на восстановление сил, работоспособности и здоровья. Формы психотерапевтического воздействия для обследуемых с различными типами доклинического реагирования существенно не различались. Основным было установление

психотерапевтического контакта и когнитивная психотерапия, направленная на осознание пациентом своих проблем.

Второй этап (от двух недель до полутора месяцев) состоял из проведения реабилитационно-оздоровительных мероприятий (психотерапия, гидротерапия, физиотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия, массаж и др.) лицам с предневротическими расстройствами. Особенности психотерапевтического подхода – последовательное применение эмпатического и директивного отношения к проблемам пациента. В каждом конкретном случае проводили моделирование всех составляющих психотерапевтического процесса с использованием психологических и личностных возможностей пациентов. На втором этапе психотерапевтические подходы были не одинаковыми для лиц с различными типами реагирования. Для пациентов с астеническими реакциями использовались преимущественно активирующие методы психотерапии. У лиц с вегетативными проявлениями психотерапевтическая коррекция касалась уменьшения выраженности расстройств, овладения навыками вегетативной регуляции и саморегуляции. Для группы лиц с характерологическими декомпенсациями основной была психотерапия, направленная на осознание своих проблем и коррекцию поведения. При этом, преобладала когнитивная и рациональная

психотерапия.

Третий этап (по месту проживания пациентов). Основная задача заключалась в снятии психоэмоционального напряжения, утомления, повышения функциональных возможностей организма с целью эффективности и психофизиологической надежности. На этом этапе оздоровительные процедуры применялись в зависимости от типа реагирования. Для группы лиц с астеническими расстройствами проводилась психотерапия с активизирующими внушениями. Для лиц с вегетативным типом реагирования все медицинские мероприятия были направлены на вегетативную регуляцию и закрепление навыков, полученных на предыдущих этапах психотерапии.

Четвертый этап заключался в проведении под-

держивающей психотерапии и психокоррекции в течение одного-трех месяцев. Особое внимание на данном этапе уделяли групповой психотерапии. Групповая психотерапия проводилась с ориентацией на особенности реагирования пациентов. У лиц с астеническим и вегетативным типом реакций проводились, в основном, занятия гетеротренингом и др., направленные на регуляцию вегетативной функции. При личностном типе реагирования делали упор на поддерживающую коррекцию в виде разъяснительных бесед и других видов психотерапии.

Разработанная нами поэтапная дифференцированная система психотерапевтических и реабилитационно-оздоровительных мероприятий позволяет добиться существенной социальной и медицинской эффективности.

Черных С.В., Караман Е.С., Железная А.А., Говоруха И.Т.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства (ДРЦОМД), г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

В настоящее время являются актуальными вопросы оптимального возмещения объема интраоперационной кровопотери с применением методик кровесбережения в случаях родоразрешения беременных с аномальным расположением плаценты, поскольку отмечается увеличение более, чем в 2 раза, частоты случаев предлежания плаценты и обусловленных этой патологией кровотечений. В ДРЦОМД в 2014-2016 г. центральное предлежание плаценты составило 2,4-2,5% в структуре показаний к родоразрешению путем операции кесарево сечение.

Цель исследования – оценить эффективность применения аутоплазмодонорства при родоразрешении беременных с предлежанием плаценты.

Материалы и методы. Проанализировано 62 истории родов беременных с предлежанием плаценты: 32 женщинам I (основной) группы во время операции кесарево сечение была произведена трансфузия заблаговременно зарезервированной аутологичной плазмы; 30 женщинам II группы (сравнения) заготовка аутоплазмы не производилась. По исходным клинико-лабораторным показателям, клинической характеристике группы беременных были сопоставимы. Женщинам I группы заготавливались 2-3 дозы аутоплазмы методом дискретного центрифужного плазмафереза в сроке 25-36 недель беременности. Противопоказаниями для участия в програм-

ме аутодонорства являлись: анемия ($Hb < 90$ г/л, $Ht < 30\%$), гипопропротеинемия (общий белок ниже 60 г/л, альбумин менее 35 г/д), изокоагуляция, не характерная сроку беременности, заболевания крови, тяжелая экстрагенитальная патология, онкологические заболевания, тромбозы. Интервал между сеансами донорского плазмафереза составлял не менее 1 недели, во время и после кроводачи проводился контроль лабораторных, гемодинамических показателей беременных, а также состояния внутриутробного плода (кардиотокография, доплерометрия).

Результаты. Значимых изменений гемодинамического статуса и самочувствия беременных во время проведения донорского плазмафереза не наблюдалось, не выявлено нарушений плацентарного, плодового кровообращения. У 57% женщин выявлена анемия. Средний объем интраоперационной кровопотери при неосложненной операции кесарево сечение в I группе составил 944 ± 65 мл, во II – 968 ± 68 мл. Пациенткам I группы аутологичная плазма переливалась после извлечения плода и хирургического гемостаза. Всем пациенткам II группы была произведена трансфузия донорских компонентов крови, в то время, как в I группе пациенток необходимость в дополнительном применении компонентов донорской крови имела лишь у 34,4% (11) женщин. К 3-м суткам послеродового периода уровень гемоглобина в среднем составил в I группе

97,5±3,4 г/л во II группе – 89,5±2,2 г/л ($p < 0,05$). Применение кровесберегающих методик позволило в 3 раза сократить число аллогенных трансфузий, в 2 раза – частоту осложнений в послеоперационном периоде.

Чернецкий В.Ю., Приколота В.Д., Галиулин С.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Республиканский травматологический центр, г. Донецк

КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение. Переломы костей предплечья занимают второе место по частоте после переломов костей голени, и составляют до 53% от общего количества переломов длинных трубчатых костей, а диафизарные переломы костей предплечья составляют 15% от всех переломов костей предплечья. При лечении пострадавших с переломами костей предплечья консервативным методом неудовлетворительные результаты составляют до 60%, а при использовании оперативной методики достигают 70% случаев. В настоящее время вопросы лечения переломов костей предплечья сохраняют свою актуальность, а использование различных оперативных методик при травмах данной локализации свидетельствует об отсутствии общепринятого подхода в лечении пострадавших с такими повреждениями.

Цель исследования. Разработка и применение комбинированного метода остеосинтеза для лечения диафизарных переломов обеих костей предплечья с использованием аппарата внешней фиксации (АВФ) спице-стержневого типа.

Материал и методы. В качестве примера эффективного использования комбинированного остеосинтеза при переломах костей предплечья приводим клинический случай применения разработанной методики у пострадавшего с оскольчатыми переломами на уровне $v/3$ обеих костей левого предплечья, который лечился в отделении травматологии и ортопедии (ОТО) №2 Республиканского травматологического центра. Комбинированный остеосинтез предполагал применение интрамедуллярного остеосинтеза и наружного чрескостного остеосинтеза спице-стержневого типа. В процессе выполнения оперативного вмешательства первоначально был выполнен интрамедуллярный остеосинтез оскольчатого перелома локтевой кости, после чего произведен монтаж аппарата внешней фиксации. Чрескостный остеосинтез выполнялся по разработанной методике в ОТО №2 с использованием АВФ спице-стержневого типа. Методика наружного остеосинтеза предполагает введение по одному винт-стержню в основание локтевого

Выводы. Комплексная программа дородовой подготовки беременных с предлежанием плаценты должна предусматривать предоперационное поэтапное резервирование компонентов аутокрови – 2-3 доз аутологичной плазмы.

отростка и в дистальный эпиметафиз лучевой кости, с последующим монтажом внешней опоры, состоящей из двух колец и резьбовых планок, которым винт-стержни фиксируются с помощью консольных приставок. Через дистальный и проксимальный основные фрагменты лучевой кости согласно плоскости излома проводится по одной спице с упорной площадкой, после чего последние фиксируются в кольцевых опорах и аппарат стабилизируется. Для определения результата лечения пациента и оценки эффективности методики комбинированного остеосинтеза использовали систему оценки, предложенную Любошицем-Маттисом-Шварцбергом.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находился пациент Б., 39 лет, по поводу травмы полученной в результате ДТП. В ургентном порядке пациенту произведен комбинированный остеосинтез (интрамедуллярный + наружный чрескостный). Послеоперационный период протекал без особенностей. Консолидация перелома наступила через 4 месяца после операции, в связи с чем выполнено удаление интрамедуллярного стержня и демонтаж АВФ. Разработанная методика фиксации с использованием АВФ позволила сохранить функцию верхней конечности в раннем послеоперационном периоде, довести ее до полной к моменту демонтажа АВФ, что способствовало сохранению навыков самообслуживания в быту. Срок наблюдения за пациентом, включая этапные врачебные осмотры, составил 6 месяцев. Индекс оценки исхода лечения у пациента составил 3,7 балла, что соответствует хорошему результату.

Выводы. Полученный результат оперативного лечения в данном клиническом наблюдении позволяет сделать вывод о том, что комбинация интрамедуллярного и наружного чрескостного остеосинтеза по разработанной методике спице-стержневой фиксации является эффективной при лечении пациентов с диафизарными переломами обеих костей предплечья, что подтверждается результатами оценки по системе Любошица-Маттиса-Шварцберга.

Чернобровкина А.Е.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД НЕБЛАГОПОЛУЧНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ

Одной из ведущих причин смерти в Российской Федерации являются онкологические заболевания. Основную роль в снижении показателя играет профилактика и выявление заболеваний на ранних стадиях при проведении профилактических мероприятий. Органами управления здравоохранением проводится мониторинг выполнения показателей, индикаторов и мероприятий региональных составляющих национального проекта «Здравоохранение».

Согласно Плану мероприятий по развитию системы оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденному распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 13.02.2019 № 6-рп, проводится мониторинг числа граждан, прошедших профилактические осмотры и диспансеризацию: снижение количества профилактических осмотров уже на октябрь 2020 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года составило 19,7%.

На сегодняшний день уже очевидно, что все вводимые ограничительные мероприятия на посещение медицинских организаций с профилактической целью и в плановом порядке ставят под сомнение выполнение целевых значений вышеуказанных индикаторов. Поэтому

в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки особенно важно правильно, а самое главное безопасно для граждан организовывать профилактические мероприятия.

Медицинские осмотры и диспансеризация в настоящее время проводятся медицинскими организациями в соответствии с «Временными методическими рекомендациями по организации проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в условиях сохранения рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 1 (06.07.2020)» (утв. Минздравом России 06.07.2020).

В рамках настоящего исследования проведен анализ соблюдения медицинскими организациями Санкт-Петербурга рекомендованных положений:

- в медицинской организации, в местах, где возможно образование очередей, нанесена сигнальная разметка для соблюдения принципа социальной дистанции в 1,5 метра (94,6% учреждений здравоохранения);

- с целью максимального ограничения времени пребывания граждан в медицинской организации организована предварительная запись на прием в отделения и кабинеты медицинской профилактики (87,3%);

- для обеспечения условий соблюдения гигиены рук при входе в медицинскую организацию установлены дозаторы с кожным антисептиком (95,0%);

- при входе в медицинскую организацию проводится термометрия бесконтактным методом (87,3%).

- обеспечена расстановка мебели в кабинетах, где производится прием пациентов, с учетом соблюдения принципа социального дистанцирования (75,3%);

- в маршрутизации пациентов исключен этап регистрации, регистрация пациентов осуществляется внутри отделения медицинской профилактики (79,0%).

Таким образом, выявлено несоблюдение отдельными медицинскими организациями методических рекомендаций по организации проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в условиях сохранения рисков распространения новой коронавирусной инфекции, что может негативно сказаться на санитарно-эпидемиологической обстановке и на показателях, мониторируемых в рамках национальных проектов.

Чижевский И.В., Забышный А.А., Зенько Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
Кафедра стоматологии детского возраста

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕРПАНГИНЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Герпетическая ангина – острое, вирусно-индуцированное поражение лимфоидной ткани глотки, вызываемое вирусами Коксаки и ЕСНО, относящихся к энтеровирусам. Детским стоматологам нередко приходится сталкиваться с данным заболеванием в своей практике. В связи с этим цель работы – совершенствование диагностики герпангины путём выявления и описания особенностей течения данного заболевания у детей.

Материал и методы. Клиническое течение герпангины изучали у 54 детей в возрасте от 1 года до 15 лет. Всем детям проводили стандартное клиническое обследование стоматологического больного. Особое внимание уделяли осмотру слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. После обследования все дети были распределены на группы: 1я группа с лёгким течением герпангины, 2я группа – со среднетяжёлым течением заболевания и 3я – с тяжёлым. Диагноз герпангины в 18 случаях был подтверждён ПЦР.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что педиатры, детские стоматологи, отоларингологи испытывают определённые трудности в диагностике герпангины. Так из 54 детей правильный диагноз врачами разных специальностей был поставлен только у 19 (35,2%) пациентов. При изучении клинического течения герпетической ангины установлено, что преобладали лёгкие формы заболевания, которые диагностированы у 32 (59,3%) детей. Среднетяжёлые формы были определены у 18 (33,3%) детей и только у 4 (7,4%) течение заболевания было тяжёлым. Начало инфекции было внезапным, что отличает герпангину от острого герпетического стоматита (ОГС), при котором характерно наличие более длительного продромального периода. Температурная реакция не отличалась длительностью и составила в среднем около 2,5-3 дней. Падение температуры было критическим, что также отличает герпангину от ОГС, при этом стоматите снижение температуры тела происходит постепенно. Степень нарушения общего состояния, что проявлялось

слабостью, недомоганием при герпетической ангине также ощущалась детьми легче, даже при тяжёлых формах, по сравнению с ОГС. При изучении клиники герпангины выявлено, что у 37 (68,5%) детей отмечалась рвота. У 21 (38,9%) рвота была однократной, непродолжительной, а у 16 (29,6%) – многократной, по 2 – 3 раза в день на протяжении 2х суток. Как правило, рвота отмечалась в предутренние часы или утром. Наличие рвоты также может служить дифференциальным симптомом с ОГС, при котором рвота бывает лишь при тяжёлом течении, как результат гипертермии. При герпангине рвота обусловлена воздействием энтеровирусов на слизистую оболочку ж.к.т. и является характерным симптомом. Жалобы на боль в горле предъявляли 45 (83,3%) пациентов. Боль была умеренной, дети могли принимать жидкую, пюреобразную, не раздражающую пищу. При ОГС боль во рту настолько резкая, что дети отказываются от приёма пищи и даже питья. При осмотре для герпангины характерны изменения только слизистой оболочки зева: вначале гиперемия и отёк от 2 до 5 суток, что спровоцировало неправильные диагнозы (острый тонзиллит, фарингит). Более выраженной была гиперемия задней стенки глотки. На фоне такой гиперемии появлялись везикулы (2-3 мм серовато-белого цвета) на слизистой оболочке миндалин, небных дужек, язычка. Начиная с 3го дня везикулы превращались в характерные мелкие эрозии. Нами отмечено, что эрозии практически всегда были покрыты фибринозным налётом, что отличается от общепринятого описания: «мелкие эрозии с розовым дном». По нашему мнению, это объясняется большей выраженностью экссудативного компонента у детей.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ряд симптомов, характерных для герпетической ангины, дать правильную оценку клиническому течению заболевания, что поможет детским стоматологам, педиатрам, инфекционистам, отоларингологам в своевременной диагностике данной вирусной инфекции.

Чиненова Ю.Э., Сигитова Е.В., Шиш А.В., Гольнева А.П.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького; г.Донецк, ДНР.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность исследования: Актуальность изучения венозной патологии головного мозга определяется высокой распространенностью, отсутствием четких критериев диагностики, вариабельностью клинических симптомов и малой доступностью специфических достоверных методов диагностики.

Описание клинического случая: Пациент 61 г., доставлен бригадой СМП в сопровождении родственников в ЦГКБ №17 10.09.2020 г., госпитализирован в отделение неврологии с жалобами на выраженную диффузную головную боль, не купируемую приемом анальгетиков, тошноту, однократную рвоту, не приносящую облегчение, шаткость при ходьбе, затруднение в подборе и произношении слов. Из анамнеза известно, что пациент в течение 4-х лет страдает гипертонической болезнью, около 7 лет назад – тромбоз глубоких вен левой голени. Считает себя больным с 07.09.2020 г., когда на фоне повышения АД до 210/100 мм рт.ст. возникла интенсивная головная боль, развился генерализованный судорожный приступ с тонико-клоническими судорогами в конечностях, прикусом языка. В связи с ухудшением состояния 10.09. вызвана СМП, госпитализирован в ЦГКБ №17 с диагнозом «Субарахноидальное кровоизлияние». На момент осмотра наблюдалось умеренное расширение подкожных вен на лице, в неврологическом статусе: 15 баллов по шкале комы Глазго; менингеальных знаков нет; глазные щели, зрачки D=S; речь с

элементами дизартрии; рефлексы D≥S по гемитипу, живые; мышечная сила в конечностях достаточная, мышечный тонус не изменен; координаторные пробы выполняет удовлетворительно с обеих сторон; в позе Ромберга – шаткость без четкой сторонности. Показательными являются следующие результаты исследования: эритроциты – 5.76 x 10¹² /л, гемоглобин – 169 г/л; АЧТВ – 17 сек, ПВ – 16.6, фибриноген – 5.2, D-димер – 700 нг/мл; гомоцистеин – 19 мкмоль/л; ПЦР-исследование факторов и компонентов системы гемостаза мутаций не выявило; СКТ головного мозга от 10.09. – слабый гиперденсивный фокус вдоль поперечного синуса, симптом «шнура»; МРТ головного мозга от 12.09. – в режиме T2 отмечено повышение интенсивности МР-сигнала от поперечного и сигмовидного венозного синусов слева. При осмотре офтальмологом выявлены признаки интракраниальной гипертензии: гиперемия и отечность дисков зрительных нервов, расширение и полнокровие вен на глазном дне. Пациенту выставлен диагноз: «Тромбоз поперечного и сигмовидного венозных синусов слева от 07.09.2020 г. с эписиндромом, вазомоторной цефалгией, вестибулопатией».

Выводы: Описанный клинический случай венозной окклюзии демонстрирует важность анамнеза и особенностей физикального осмотра, что определяет дальнейшую тактику дифференциально-диагностического алгоритма.

Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Фролов С.С., Немсадзе И.Г., Чурилов А.А.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Кафедра акушерства и гинекологии, зав. кафедрой д.м.н, профессор Чурилов А.В.

СТРУКТУРИРОВАНИЕ МЕТОДА КЕЙСОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ПО ГИНЕКОЛОГИИ

В студенческой среде существует три подхода к обучению, а именно: глубокий, стратегический и поверхностный апатичный подход. Глубокий подход подчеркивает понимание концепций, связанных с идеями, способными заинтересовать студента. Поверхностный апатический подход,

с другой стороны, представляет собой поверхностный метод обучения, связанный с учебной программой, где акцент делается на механическом запоминании, с отсутствием понимания и имеет намерение лишь минимально справиться с циклом. При стратегическом подходе студен-

ты мотивированы для достижения максимально возможных баллов. Это предполагает хорошее управление временем и организацию обучения, однако, этот тип обучения может привести к фрагментарному пониманию содержания, с более слабой интеграцией по темам по сравнению с глубоким подходом [2]. В среде студентов-медиков глубокий и стратегический подход к обучению являются наиболее распространенными [3]. Напротив, поверхностный апатичный подход менее благоприятен, поскольку студенты-медики менее эффективно удерживают в памяти большие объемы медицинского контента. Стили обучения могут меняться в зависимости от изучаемого контекста, среды и темы и, скорее всего, являются гибкой изменяющейся чертой, а не фиксированной врожденной чертой, которой обладает студент [3 , 4].

Цель исследования – оценить навыки студентов в разделе контрацепции и планирования семьи в зависимости от подхода к обучению – глубокого, стратегического или поверхностного апатичного.

Материал и методы Исследование проводилось на кафедре акушерства и гинекологии. 56 студентов 5 курса лечебного факультета проходили практическое занятие №7 по теме «Контрацепция. Планирование семьи. Бесплодный брак». По результатам предварительного тестирования были получены вполне хорошие отметки: 22-»5», 27-»4», 7-»3». Это последнее занятие и по результатам предыдущих наблюдений 10 студентов имели глубокий подход, 32 -стратегический и 14-апатичный подход к обучению.

Было предложено задание -подобрать средство контрацепции в 3 клинических ситуациях: 1) молодая девушка не замужем, не имеющая постоянного полового партнера; 2) женщина 32 лет, замужняя, не рожавшая, страдающая цервицитом; 3) кормящая мать, ребенку 9 мес. Роли пациенток исполняли медсестры гинекологического отделения, ознакомленные каждая со своей легендой. Студенты были разбиты на группы по 3 чел. и опрашивали своих «клиенток» в изоляции друг от друга. Оценивались вербальные навыки, умение представиться, вызвать интерес, рассказать о неконтрацептивных свойствах контрацептивов, оценить показания и противопоказания, анамнез жизни и специфический гинекологический, наличие вредных привычек, перечень состояний, требующих немедленной отмены контрацептива и отмечался «+». В каждой группе из 3 чел. один студент имел глубокий подход к обучению.

даже студенты с глубоким подходом к обучению были не безупречны в выполнении заданий. 12 студенток со стратегическим подходом и 4 с апатичным подходом к учебе высказывали в группе правильные мысли и получали одобрение окружающих сверстников и очень воодушевились этим. Наблюдение за решением кейса даёт возможность увидеть, способен ли студент мыслить нестандартно, сколько креативных идей он может выдать за отведённое время. Если проходит групповое решение, то может ли он подхватить чужую мысль, развить её и использовать на практике.

Чурилов А.В., Кушнир С.В., Джеломанова С.А., Петренко С.А.

Институт неотложной и восстановительной хирургии МЗ ДНР,
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В РАЗВИТИИ АБСЦЕДИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

В настоящее время возросло внимание к роли внутриматочных контрацептивов (ВМК) в риске возникновения абсцедирующих заболеваний придатков матки (АЗПМ). При введении ВМК, по нашим данным, меняется флора влагалища. У 63,4% пациенток через 6 мес степень чистоты влагалища с I-II изменяется до III-IV, через 12 мес III-IV степень чистоты влагалища регистрируется у 70,8% больных. АЗПМ при наличии контрацептива в матке протекают более тяжело и большинство больных нуждаются в хирургическом лечении. К данной группе заболеваний

мы относим пиосальпинкс, пиовар, тубовариальный абсцесс.

Цель работы. Выявить роль внутриматочной контрацепции в развитии абсцедирующих заболеваний придатков матки

Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни 949 пациенток за период с 1997 по 2014 год с АЗПМ. Из них у 455(47,9%) заболевание возникло на фоне использования ВМК. Возраст больных этой группы колебался от 15 до 49 лет и в среднем составил 31,9±1,6 года. Большинство пациенток было старше 30

лет (65,9%). Образование, характер трудовой деятельности, семейное положение не отличались от аналогичных показателей у остальных 494 больных, входящих в общую группу.

Результаты и обсуждение. На долю тубовариальных абсцессов приходилось около 49% всех случаев гнойного поражения придатков. Значительно меньше (10,8%) было больных с пиоваром. В эту же группу были отнесены и больные с диагнозом – абсцесс яичника. С пиосальпингом было 40,4% всех случаев, составивших исследуемую группу.

Нами установлено, что структура АЗПМ закономерно зависит от возраста больных. Так, если в возрасте до 25 лет пиосальпинкс занимал 50% всех случаев АЗПМ этого возраста, то в возрасте 25-35 лет количество случаев пиосальпинкса и тубовариального абсцесса практически сравнялось (43 и 45,8%). В более старшем возрасте, безусловно, доминируют больные с наиболее тяжелыми случаями гнойного воспаления – тубовариальными абсцессами (53,2%).

Наиболее часто воспалительный процесс локализовался с одной стороны (85,3% случаев) и лишь у 14,7% пациенток – был двусторонним.

Если при пиосальпинксе двустороннее поражение маточных труб отмечается у 4,3% больных, то при пиоваре уже у 12,2%, а при тубовариальном абсцессе – в 23,9%. Несмотря на укоренившееся мнение о преобладании право-

стороннего поражения придатков, связанного с близостью червеобразного отростка, у больных с АЗПМ, которые возникли на фоне ВМК в 60,9% диагностирована левосторонняя локализация очага гнойного воспаления.

При наличии пиосальпинкса пик заболеваемости приходился на больных у которых длительность использования ВМК составляла от 1 до 3 лет (66,8% случаев), при пиоваре этот показатель смещался в сторону 3-6 лет (49%). В группе женщин, у которых контрацептив использовался в течение 6-10 лет достоверно увеличилось количество больных с тубовариальными абсцессами (53,2%).

Выводы. Основной причиной, приводящей к возникновению абсцедирующих заболеваний придатков матки является несоблюдение показаний и сроков применения внутриматочных контрацептивов, удаление или неудачная попытка извлечения ВМК в амбулаторных условиях без предшествующей антибактериальной терапии. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, высокий процент экстрагенитальной патологии, наличие хронических воспалительных заболеваний у женщин, использующих ВМК значительно повышает риск возникновения АЗПМ. Использование ВМК более трех лет является ведущим фактором в возникновении воспалительных заболеваний придатков матки и перехода их в гнойные формы.

Чурилов А.В., Кушнир С.В., Джеломанова С.А., Петренко С.А.

Институт неотложной и восстановительной хирургии МЗ ДНР,
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Лечение больных с хроническим воспалением придатков матки всегда продолжительное, требует применения всего арсенала современных лекарственных препаратов (антибактериальных, десенсибилизирующих, влияющих на иммунологическую и неспецифическую реактивность и др.) и не всегда приводит к желаемым результатам. Нами была разработана методика оценки эффективности проводимой консервативной терапии, что позволило обосновать необходимость хирургического лечения.

Цель исследования: изучить эффективность проводимой консервативной терапии хронического воспаления придатков матки по изменению чувствительности рецепторов тромбоцитов к фактору активации тромбоцитов (ФАТ).

Материалы и методы исследования. Под на-

шим наблюдением находилось 120 больных с хроническим воспалением придатков матки от 25 до 35 лет. Диагноз выставлялся на основании клинических признаков, данных бимануального и ультразвукового исследования, компьютерной томографии.

При оценке эффективности проводившегося лечения, кроме клинических данных, учитывали результаты исследования бактериальной флоры, определения количества лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), оценку ФАТ (фактор активации тромбоцитов) -реактивности организма.

Результаты обрабатывали статистически, используя пакет компьютерных прикладных программ; оценку достоверности различий между сопоставляемыми величинами проводили при

помощи критериев Стьюдента, Вилкоксона-Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты исследования и обсуждение. Проведенное исследование хемосенситивности ФАТ-рецепторов тромбоцитов *in vitro* у больных с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки показало существенное увеличение параметра EC50 ФАТ (концентрация агониста, при которой регистрировали полумаксимальную индукцию агрегации тромбоцитов) до $7,6 \pm 0,5$ мкМ (возрастал в 3,45 раза по сравнению с контролем; $p < 0,001$).

В случае восстановления хемосенситивности ФАТ-рецепторов тромбоцитов больных более чем на 30% можно констатировать эффективность проводимой консервативной терапии, в противном случае лечение должно быть признано неэффективным и необходимо оперативное вмешательство.

Чуркин Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЗОКСИМЕРА БРОМИДА У ВОЕННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ВЫПОЛНЯЮЩИХ ЗАДАЧИ НА ОТКРЫТОЙ МЕСТНОСТИ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА

Военные специалисты, выполняющие боевые и служебно-боевые задачи в условиях открытой местности подвергаются неблагоприятному воздействию климатических факторов, что способствует росту заболеваемости острыми ринофарингитами, острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и их осложнениями: острыми бронхитами и острыми риносинуситами, что ведет к утрате трудоспособности военных специалистов и снижению боеспособности воинских коллективов.

Заболеваемость военнослужащих в холодный период года, связанная с влиянием вредных факторов военного труда и условиями полевого размещения, расценивается как срыв адаптации и связана, в том числе, с нарушением местной гуморальной защиты (снижением уровня секреторного иммуноглобулина А). Разработка и внедрение профилактических мероприятий, способствующих восстановлению функции неспецифической гуморальной защиты позволит снизить показатели заболеваемости военных специалистов в холодный период года.

Использование иммунокорректора азоксимера бромида в профилактической дозировке у военных специалистов позволило добиться роста уровня секреторного иммуноглобулина А на

Из 120 больных находившихся под нашим наблюдением 12 были подвергнуты хирургическому лечению на 10 сутки после поступления в стационар. Показанием к хирургическому лечению служило отсутствие эффекта от проводимой терапии, наличие патологического образования в области придатков матки, восстановление чувствительности ФАТ рецепторов менее 30%. Объем хирургического лечения составил удаление пораженной маточной трубы или яичника. Осложнений и летальности не было.

Выводы. Результаты проведенных наблюдений позволяют сделать вывод, что данный метод оценки эффективности проводимой консервативной терапии способствует повышению эффективности лечения хронических воспалительных заболеваний придатков матки.

122,5+8,5% до $1,55 \pm 0,12$ г/л, что позволило добиться значимого изменения показателей заболеваемости военных специалистов в холодный период года.

Изменилась продолжительность эпизодов заболеваний: для острых ринофарингитов уменьшилась на 37,5%, для ОРВИ уменьшилась на 25,1% (потребность в стационарном лечении уменьшилась на 72,2%), для острых бронхитов уменьшилась на 20,2% (потребность в стационарном лечении уменьшилась на 41,1%), для острых риносинуситов уменьшилась на 18,6% (потребность в стационарном лечении уменьшилась на 28,2%).

Распространенность заболеваний, связанных с влиянием климатических факторов в месте выполнения боевых задач уменьшилась в среднем на 38,1%, изменение показателя связано преимущественно с уменьшением распространенности острых ринофарингитов и ОРВИ.

Комбинированное применение азоксимера бромида с комплексом витаминов группы В значимо по сравнению с изолированным применением позволяет снизить распространенность острых бронхитов (на 16,8% по сравнению с изолированным применением), а также позволяет значимо снизить количество вовлеченных

в патологический процесс пазух при остром риносинусите.

На форму острого риносинусита и вероятность развития хронических форм риносинусита значимое влияние оказывают показатели загрязнения атмосферного воздуха в пункте постоянной дислокации военных специалистов, а также их военно-учетная специальность и срок выслуги.

Профилактическое применение азоксимера бромидом изолированное позволяет изменить влияние военно-учетной специальности и сроков выслуги военных специалистов на форму острого синусита с сильной на среднюю, ком-

бинированное применение азоксимера бромидом позволяет значительно ослабить влияние показателей загрязнения атмосферного воздуха на форму острого риносинусита и вероятность развития хронического риносинусита.

Таким образом профилактическое применение азоксимера бромидом изолированное либо в комбинации с азоксимера бромидом обеспечивает значимое снижение показателей заболеваемости военных специалистов в холодный период года и может быть рекомендовано к внедрению в практику медицинской службы войсковых частей.

Шаймурзин М.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА (1-3 ГОДА)

Известен способ оценки клинического состояния, включающий диагностику физических возможностей пациента и двигательных функций пациента. По данному способу проводится оценка степени ограничения активности и уровень функциональных возможностей с помощью валидизированной шкалы оценки функциональных возможностей Хаммерсмит (RHS). Дети со спинальными мышечными атрофиями (СМА) в возрасте от 3 лет и старше проходят тестирование по шкале RHS, включающей 36 пунктов, в диапазоне от 0 до 2 баллов, где 0 наименьший уровень функциональных возможностей, развивающийся до наивысшего уровня способности выполнить задание – 2 балла: 1) Сидение у опоры (без посторонней помощи в виде поддержки спины и нижних конечностей); 2) Поднесение руки к голове в положении сидя; 3) Изменение позы из положения сидя в положение лежа; 4) Аддукция ног в положении лежа на спине с согнутыми в коленях под 90° ногами; 5) Сгибание правого бедра в положении лежа на спине; 6) Сгибание левого бедра в положении лежа на спине; 7) Поднятие головы в положении лежа на спине; 8) Переворот со спины на бок; 9) Перевороты со спины на живот; 10) Поднятие головы в положении лежа на животе; 11) Лежа на животе, опора на предплечья; 12) Положение стоя на коленях с опорой на 4 точки/ползание; 13) Перевороты с живота на спину; 14) Из положения лежа в положение сидя; 15) Из положения сидя с опущенными вниз ногами в положение

стоя с помощью опоры/стула/кровати; 16) Ходьба с опорой на окружающие предметы/стояние с поддержкой; 17) Стояние; 18) Ходьба; 19) Бег на 10 м; 20) Приседание вниз и подъем вверх; 21) Из положения стоя сесть на пол; 22) Стояние на коленях; 23) Из положения стоя на коленях к стойке на одном колене – правое колено; 24) Из положения стоя на коленях к стойке на одном колене – левое колено; 25) Подъем с пола; 26) Стояние на одной ноге – на правой; 27) Стояние на одной ноге – на левой; 28) Подпрыгивание на правой ноге; 29) Подпрыгивание на левой ноге; 30) Подъем по лестнице/ступенькам; 31) Спуск по лестнице/ступенькам; 32) Подъем на коробку – правая нога; 33) Спуск с коробки – правая нога; 34) Подъем на коробку – левая нога; 35) Спуск с коробки – левая нога; 36) Прыжки вперед – 30 см. Максимально достижимая оценка – 69 баллов. Вместе с тем представленная шкала имеет определенные недостатки: не определяется оценка функциональных возможностей у детей младше 3 лет; не представлены тесты измеряющих двигательную активность у детей в возрастном диапазоне от 1 года до 3 лет; не учитываются характерные двигательные нарушения и выполнение функциональных проб с учётом клинического фенотипа СМА, отмечаемых у детей младше 3 лет. Таким образом, усовершенствование метода оценки клинической симптоматики у детей со СМА, в котором обеспечивается повышение эффективности способа за счет определения дополнительно выделенных тестов

измерений двигательной активности, характеризующих уровень функциональных возможностей у детей СМА 2 и 3 типа в возрастном диапазоне от 1 года до 3 лет, представляется крайне актуальным. На кафедре детской и общей неврологии ФИПО ГОУ ВПО ДонНМУ им. Горького разработана и внедрена в практическое здравоохранение модифицированная шкала Хаммерсмит (MHS) для оценки функционального уровня пациентов со СМА в возрасте от 1 года до 3 лет (двигательная функция оценивается в диапазоне от 0 до 2 баллов, где 0 наименьший уровень функциональных возможностей, развивающейся

до наивысшего уровня способности выполнить задание – 2 балла). С учетом полученных баллов верифицируют степень тяжести, характер развития и течения патологического процесса. Максимально достижимая оценка – 29 баллов. Преимуществом этой шкалы является повышение эффективности измерений двигательных нарушений за счет определения дополнительно выделенных тестов, характеризующих уровень функциональных возможностей у детей СМА 2 и 3 типа в возрастном диапазоне от 1 года до 3 лет.

Шаймурзин М.Р.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ МОТОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВСЛЕДСТВИЕ НЕЙРОПАТИИ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ

Введение 25-летнего опыта курации пациентов со спинальными мышечными атрофиями (СМА) в условиях специализированного центра (РКЦН), позволил определить и сформировать базисную основу оперативного контроля течения СМА, внедрить систему мониторинга с отслеживанием траектории прогрессирования, разработать методику электронейромиографической (ЭНМГ) многоуровневой идентификации поражения двигательной единицы в контексте усмотрения ранних проявлений сопутствующих симптомов заболевания, оценки и прогнозирования эффективности терапии.

Материал и методы. 95 детей со СМА. В исследовании пациенты были разделены на 2 группы (СМА 2 типа – 54 (56,8%) ребенка, СМА 3 типа – 41 (43,2%). Для диагностики уровня поражения моторной интеграции было выполнено ЭНМГ исследование на программно-аппаратном комплексе «Нейро-МВП-микро» (РФ), включающего методику стимуляционной ЭНМГ с исследованием моторного ответа мышцы и поверхностную ЭНМГ.

Результаты. В начале исследования значение амплитуды М-ответа в 2,62 раза выше в сравнении с группой СМА 2 типа ($p < 0,0001$), что свидетельствует о существенно более выраженных аксональных невропатических нарушениях в группе СМА 2 типа. Наряду с выявленными неврогенными нарушениями, у пациентов исследуемых групп верифицированы миогенные изменения, подтверждением которых является

значительная степень девиации максимальной амплитуды и средней частоты. В частности, это нашло подтверждение при изучении девиации максимальной амплитуды, отражающей прогрессирование заболевания с миогенным триггером. В начале исследования у пациентов группы СМА 2 типа этот параметр выше в 1,56 раза в сравнении с группой СМА 3 типа ($p < 0,0001$), свидетельствующее о меньшей выраженности миопатического повреждения в группе СМА 3 типа. Выраженность миогенности паттерна нарушений получена и при исследовании девиации средней частоты. В начале заболевания этот показатель у детей со СМА 2 типа в 1,66 раза выше в сравнении с группой СМА 3 типа ($p < 0,0001$), что указывает на более мягкое течение заболевания. Через 1 год от начала исследования по-прежнему сохранялась тенденция к более выраженным неврогенным нарушениям у пациентов со СМА 2 типа, что выражалось в полученной разнице значений амплитуды М-ответа в 2,40 раза ($p < 0,0001$). За аналогичный промежуток исследования полученная степень девиации максимальной амплитуды и средней частоты была в 1,50 раза выше в группе СМА 2 типа ($p < 0,0001$) при этом признаки прогрессирования аксонопатического поражения у детей со СМА были наиболее выражены у детей со СМА 2 типа: снижение амплитуды М-ответа за исследуемый отрезок времени составило 29,77%, в то время как в группе СМА 3 типа этот показатель составил 9,41% ($p < 0,0001$). Спустя два

года от предыдущей временной отметки выявили признаки углубления миогенных изменений в исследуемых группах, больше выраженных у детей со СМА 2 типа: в группе СМА 2 типа степень девиации максимальной амплитуды выше аналогичного показателя у пациентов СМА 3 типа в 1,24 раза ($p < 0,0001$). Девиация средней частоты была в 1,48 раза выше в группе СМА 2 типа ($p = 0,0053$).

Выводы. Применение метода ЭНМГ-исследования, проводимого в различные периоды

течения заболевания, позволяет более глубоко понимать характер и интенсивность течения патологического процесса, оценивать темп и разновидность вторичных патологических процессов, в частности неврогенного и миогенного характера. Это позволяет более осознанно и дифференцированно подходить к назначению патогенетической терапии, оценивать эффективность проводимых лечебных мероприятий, делать прогнозы течения заболевания.

Шаймурзин М.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ 2 ТИПА

Актуальность. Продолжающийся поиск эффективной, безопасной и доступной терапии спинальных мышечных атрофий (СМА), диктует необходимость комбинаторного подхода в лечении данной патологии с установлением топико-этиологического паттерна миогенного поражения, определением семиотики двигательных нарушений.

Цель. Оптимизация реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию функциональных возможностей мышечного аппарата у детей со СМА 2 типа.

Материал и методы. 54 ребенка со СМА 2 типа, включая 36 мальчиков (66,7%) и 18 девочек 29 (33,3%). Средний возраст пациентов на начало исследования составил $5,6 \pm 0,4$ года. Основная группа – 35 детей (64,8%), у которых применялась разработанная методика лечебной физкультуры (ЛФК) с элементами stretch-гимнастики и массаж. Группа сравнения – 19 детей (35,3%), проводилось ЛФК по общепринятой методике. Пациенты оценивались по шкалам L. McPeak и RHS с фиксацией результатов в установленные рамки исследования временными промежутками: «исходные данные» и «2 года». В основе stretch-гимнастики, лежит миотатический рефлекс, способствующий тому, что в насильственно растянутой мышце происходит сокращение мышечных волокон и их активизация. Данный вид гимнастики представлял собой упражнения с нагрузкой, при которых инструктор ЛФК оказывал дозированное сопротивление движениям больного. При этом, интенсивность выполнения упражнения по амплитуде движения была максимальной, по степени напряжения мышцы – близ-

ка к максимальной; длительность удержания напряжения составляла 10 секунд, длительность интервалов отдыха – 5-7 секунд, количество повторений – до 5 раз. На протяжении каждого упражнения нагружалась определенная группа мышц, которые находились в состоянии относительной гипотонии. Курс stretch-гимнастики составлял 14 дней, во время проведения занятий родителей и ребенка обучали индивидуальным занятиям с целью их проведения на дому. После выписки из стационара занятия проводились курсами по 10 дней с 10-ти дневным перерывом. У детей старшего возраста stretch-гимнастики проводилась с элементами аутоиммобилизации. Для усиления терапевтического эффекта проводился специальный, дифференцированный массаж с акцентом на разработку сохранных мышц конечностей и втиранием трофических мазей с содержанием актовегина, хондроитинсульфатов.

Результаты. Через 2 года от начала исследования уровень функциональных возможностей измеренной по шкале RHS в основной группе СМА 2 типа в 1,6 раза выше аналогичных показателей у пациентов группы сравнения ($p = 0,0190$). Выявлена разница в показателях мышечной силы, измеренной по шкале L. McPeak: так, бальная оценка дистальных отделах верхних конечностей пациентов основной группы была в 1,4 раза выше аналогичного показателя группы сравнения ($p = 0,0018$), похожая ситуация с бальной оценкой дистальных отделов нижних конечностей: в основной группе она в 2,7 раза выше чем в группе сравнения ($p = 0,0004$).

Выводы. Внимательная оценка топико-

этиологического паттерна миогенного поражения и двигательных нарушений с последующим выходом на комплекс проактивных реабилитационных мероприятий, направленных на разработку наименее задействованных в патологический процесс групп мышц с целью выравнивания

функциональных возможностей, представляет важное значение для пациентов с точки зрения перспективы изменения клинического течения заболевания, предупреждения и минимизации осложнений, улучшения качества жизни.

Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ ВАРИАЦИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СПИНАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ АТРОФИЙ В КОНТЕКСТЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Актуальность. Международные рекомендации медицинской помощи пациентам со спинальными мышечными атрофиями (СМА) базируются на особенностях генофенотипического диагноза. Однако сравнительному анализу клиничко-неврологического статуса и электронейромиографических (ЭНМГ) критериев у пациентов с различными фенотипическими вариантами СМА при формировании тактики ведения подобных пациентов не оказано достаточно внимания.

Цель. Изучить особенности и оценить влияние фенотипа на ЭНМГ показатели у детей со СМА 2 и 3 типа на различных стадиях заболевания.

Материал и методы. 95 детей со СМА. В исследовании пациенты были разделены на 2 группы. Группа детей со СМА 2 типа – 54 (56,8%) ребенка (средний возраст $11,36 \pm 3,04$ месяцев) и группа пациентов со СМА 3 типа – 41 (43,2%) ребенок (средний возраст $38,23 \pm 9,20$ месяцев). Пациентам обеих групп регулярно проводилось клиничко-электронейромиографического обследования.

Результаты. У пациентов со СМА 2 типа бальная оценка по шкале MHS в 2,5 раза ниже, в сравнении с показателями у больных СМА 3 типа ($p < 0,0001$). Увеличение длительности ПДЕ у детей со СМА 3 типа было на 7,7% больше, в сравнении с группой СМА 2 типа ($p < 0,0001$). Повышение амплитуды ПДЕ у пациентов СМА 3 типа на 13,4% больше в сравнении с результатами в группе СМА 2 типа ($p < 0,0001$). Количество потенциалов фасцикуляции (ПФЦ) в группе СМА 3 типа на 21,8% выше в сравнении с группой СМА 2 типа ($p < 0,0009$). Количество потенциалов фибрилляции (ПФ) в 1,8 раза превосходило значения в группе СМА 2 типа ($p < 0,0281$), а показатель положительных острых волн (ПОВ) в группе СМА 2 типа превышал этот параметр

у детей СМА 3 типа в 4,7 раза ($p < 0,0001$). За год, значения по шкале MHS снизились в группе СМА 2 типа на 26,2%, у детей СМА 3 типа снижение составило 4,7%. Спустя год у детей СМА 2 типа увеличение амплитуды ПДЕ составило 47,6% и она стала статистически значимо больше амплитуды ПДЕ в группе СМА 3 типа ($p < 0,0001$). За год ПФЦ выросли на 72,4% и статистически значимо превысило этот показатель у пациентов СМА 3 типа с разницей в 1,4 раза ($p < 0,0001$). У детей СМА 2 типа количество ПФ увеличилось за год на 72,4%. У пациентов СМА 3 типа этот показатель вырос еще более значимо – в 2,25 раза. В группе СМА 2 типа активность ПОВ выросла на 53,2%. Спустя год, активность ПОВ оставалась выше в группе СМА 2 типа, в сравнении с детьми СМА 3 типа с разницей в 2,2 раза ($p < 0,0001$). Через 3 года бальная оценка у детей СМА 2 типа была в 3 раза меньше в сравнении с пациентами СМА 3 типа ($p < 0,0001$), длительность ПДЕ в группе СМА 2 типа выросла на 30,6%, за три года исследования рост составил 57,1%. В группе детей СМА 3 типа за 2 года длительность ПДЕ выросла лишь на 9,6%, за три года рост составил 18,9%. Похожая ситуация с амплитудой ПДЕ. У пациентов СМА 2 типа за два года амплитуда ПДЕ увеличилась на 8,1%, с начала исследования, рост составил 59,5%. В группе СМА 3 типа за 2 года рост амплитуды ПДЕ достиг 4,2%, а с начала исследования – на 15,7%. Активность ПФЦ у детей СМА 2 типа за два года увеличилась в 2,2 раза, за три года – в 3,8 раза, у пациентов СМА 3 типа двухлетний рост составил 20,5%, за три года активность ПФЦ увеличилась на 22,2%. ПФ в группе СМА 3 типа, увеличилось на 32,4%, у детей СМА 2 типа на 38,8%. За три года наблюдения число ПФ увеличилось в группе СМА 3 типа в 3 раза, в группе СМА 2 типа в 2,1 раза. За два года количество ПОВ увеличилась в 2,9 раза, с

начала исследования показатели выросли в 9,2 раза. У детей СМА 2 типа двухгодичный рост активности ПОВ составил 43,1%, за три года их количество увеличилось в 2,2 раза.

Выводы. Применение метода ЭНМГ-

исследования, проводимого в различные периоды течения заболевания, позволяет более глубоко понимать характер и интенсивность течения патологического процесса, оценивать темп и разновидность патологических процессов.

Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СПИНАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ АТРОФИЙ 2 И 3 ТИПА

Актуальность. С учётом ограниченной доступности этиотропных методов лечения спинальных мышечных атрофий (СМА), сохраняют свою доказанную эффективность традиционные подходы к терапии, направленной на патофизиологические механизмы развития и течения заболевания, которые в свою очередь диктуют необходимость их усовершенствования и повышения результативности.

Цель исследования. Определить эффективность персонализированной терапии пациентов со СМА, построенной на основе анализа данных электронейромиографических (ЭНМГ) исследований с применением верифицированных шкал оценки функциональных возможностей пациентов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением на протяжении 15 лет находилось 95 детей (66 мальчиков и 29 девочек) с генетически подтвержденным диагнозом проксимальной СМА. Концепция лечения основной группы (65 детей (68,4%)), основывалась на принципах персонализированного подхода с применением проактивной комплексной поэтапной терапии. Дети из группы сравнения (30 детей (31,6%)) получали общепринятую симптоматическую терапию. На ранних стадиях заболевания в схему лечения детей из основной группы включали микродозы соединений с метаболическим действием (мельдоний, ацетил-L-карнитин). При прогрессивном снижении функциональных возможностей подключалось воздействие на зоны цервикального и люмбального анатомического утолщений с применением методов мезопунктуры нейропептидами в сочетании с пероральным приемом соединений группы цитиколинов. При выявлении аксонального поражения назначались лекарственные средства, содержащих активное вещество «ипидакрин». В случаях прогрессирования неврогенных изменений волокон периферических нервов рекомендовался курсовой при-

ем актовегина вместе с соединениями тиоктовой кислоты. ЭНМГ-паттерн миогенного поражения диктовал необходимость подключения в схему лечения терапии с комбинированными метаболическими свойствами (цитруллин малат, убихинон). При прогрессировании миопатических изменений проводился курс парентерального введения фосфокреатинина. В схему реабилитационного лечения включали адаптированный массаж с элементами стретч-гимнастики с акцентом на разработку менее пораженных участков мышечного аппарата конечностей с рекомендуемым курсовым ежеквартальным проведением. При начальных симптомах сколиоза рекомендовалось применение мягкого ортезирования, физиотерапевтические методы воздействия, включая механизированную мануальную кровать, вакуум-стимуляцию, точечное введение микродоз нейропептидов (церебролизин, кортексин). При утяжелении степени сколиоза на длительный период назначался индивидуализированный жесткий ортез для спины, дополнительно проводились курсы щадящей мануальной терапии, рекомендовался курс электрофореза паравертебрально с витаминами группы В (тиамина хлорид в сочетании с пиридоксином) в комплексе с пероральным приемом холекальциферола.

Результаты. Проведенное исследование свидетельствует о меньшей интенсивности патологического процесса у детей основной группы, которое представлено менее выраженным двигательным дефицитом и ЭНМГ-нарушениями, чем у пациентов группы сравнения, получавших традиционную симптоматическую терапию.

Выводы. Комбинаторный персонализированный клинко-электромиографический подход к выбору стратегии лечения способствуют замедлению темпов прогрессирования болезни и развития осложнений, что позитивно сказывается на двигательных возможностях пациентов.

Шано В.П., Демчук О.В., Гуменюк И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ ЕЕ СОВРЕМЕННОЙ ПАРАДИГМЫ

Необходимость исследовать острое послеоперационное почечное повреждение (ОППП) в контексте его современной концептуальной модели должно обеспечить рекомендации его интенсивной терапии и профилактики. При этом следует ответить на ряд существенных вопросов и положений относительно ОППП.

Одним из основополагающих положений парадигмы является определение этиологии и патогенетических механизмов ОППП. Главным этиологическим фактором этого вида острого почечного повреждения является ответ на «хирургический», «системно-воспалительный» и «нейроэндокринный» стресс в первый период послеоперационной болезни.

Идеология профилактики ОППП основана на аргументированном представлении об обратимости и преодолении этого вида почечного повреждения при условии предупреждения его на всех этапах хирургического лечения, включая:

- до операции: определение риска развития почечного повреждения на основании весового значения предоперационных факторов риска, обусловленных сопутствующими заболеваниями, а также уточнения характера и предполагаемой длительности операции; объема возможной

кровопотери с планированием способов ее возмещения; целесообразность предоперационного резервирования аутоэритроцитной массы и аутоплазмы; выбор объема и характера инфузионных сред; определение вида обезболивания, включая регионарный блок;

- во время операции: обеспечение обезболивания с учетом ренопротекции; внутривенная анестезия с ИВЛ и эпидуральный блок; установление степени тяжести кровопотери и обеспечение способа ее восполнения; профилактика сердечно-сосудистых расстройств и реперфузионного синдрома;

- после операции: обеспечение профилактики дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений; профилактика развития эндогенной интоксикации и реперфузионного синдрома; определение показаний к раннему проведению дискретного плазмафереза.

Заключение. Современная парадигма ОППП, как совокупность системы представления концептуальных установок, разновидности доказательств и модели решения проблемы обосновывает целесообразность профилактики и интенсивной терапии острого послеоперационного почечного повреждения.

Шано В.П., Демчук О.В., Гуменюк И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВНУТРИОПЕРАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ (ОППП)

На основании многофакторного анализа с расчетом Ка (коэффициента ассоциации) – Ка > 0,5 Р < 0,01 установлены внутриоперационные факторы риска развития ОППП – острого послеоперационного повреждения почек: для больных в ангио – кардио – абдоминальной хирургии. Они включали; длительность операции более 3,5 часа – 97,9% (ДИ 91,6 – 98,4)%, кровопотерю III – IV ATLS – 58,9% (ДИ 39,6 – 74,3)%, гемотрансфузию более 4 доноров – 98,9% (ДИ 94,7 – 99,0)%, СКФ < 70 мл/мин – 39,4% (ДИ

24,3 – 60,4)%, СКФ < 45 мл/мин – 59,9% (ДИ 39,6 – 74,3)%, внутрисосудистый гемолиз > 0,1 г/л – 96,9% (ДИ 23,7 – 99,0)%, темп диуреза < 420 мл/6 ч – 62,8% (ДИ 43,8 – 78,3)%, интенсивную терапию без раннего плазмафереза – 98,6% (ДИ 98,0 – 98,6)%, обезболивание без регионарной анестезии – 91,3% (ДИ 86,0 – 95,4)%, длительность пережатия аорты > 50 минут – 78,3% (ДИ 66,9 – 87,9)%, длительность искусственного кровообращения > 1,5 часа – 97,9% (ДИ 94,0 – 99,8)%.

*Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Попандоупло А.Г., Штода Д.Е.,
Денисов А.В., Ярощак С.В., Власов Е.И., Голубицкий К.О.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Лечение диффузно-токсического зоба (ДТЗ) начинают с консервативной терапии тиреостатиками, цель которой – нормализация продукции гормонов щитовидной железы и устранение клинических проявлений тиреотоксикоза. Показаниями к оперативному лечению ДТЗ являются:

- рецидив тиреотоксикоза, несмотря на проводимое лечение;
- быстрое увеличение размеров щитовидной железы в процессе лечения;
- прогрессирующая офтальмопатия;
- наличие зоба больших размеров с признаками компрессии окружающих органов и анатомических структур шеи, загрудинное расположение зоба;
- тяжелая форма тиреотоксикоза;
- аллергия или агранулоцитоз на фоне лечения тиреостатиками, «тиреотоксическое сердце», мерцательная аритмия, токсический гепатит;
- рецидив ДТЗ после оперативного лечения.

Однако проявления ДТЗ могут маскировать другую, не менее грозную патологию – рак щитовидной железы (РЩЖ), наличие которого требует оперативного лечения вне зависимости от того, показано ли оно по поводу ДТЗ. Поэтому представляет клинический и научный интерес изучение особенностей сочетания этих двух патологий у одного пациента.

Цель исследования: выявить особенности течения рака щитовидной железы на фоне диффузно-токсического зоба.

Материалы и методы: Изучены результаты лечения 193 больных, оперированных по поводу ДТЗ в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. Гусака (ИНВХ) г. Донецка в период с 2014 по 2020 годы. Мужчин было 13, женщин – 180 (соотношение мужчин и женщин 1:13,9). Возраст составил от 18 до 76 лет. УЗИ выполнялось на аппарате Toshiba Aplio 400. Данные УЗИ оценивались по шкале TI-RADS, оценка пункционного материала проводилась по шкале Bethesda. Всем больным была выполнена тиреоидэктомия с последующим гистологическим исследованием.

Результаты. Рак по результатам гистологического исследования интраоперационного материала был выявлен у 15 (7,8%) пациентов. Среди них у 8 (53,3%) тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) не выполнялась в связи с отсутствием сонографически значимого узлообразования. У 7 (46,7%) ДТЗ протекал с узлообразованием, ТАПБ выполнялась, однако цитологически рак был заподозрен лишь у 2 (28,6%). Гистологически инфильтративный характер роста имел место у 10 больных (66,6%), микрокарцинома – у 5 (33,4%).

Таким образом, более чем в половине случаев рак на фоне ДТЗ является случайной интраоперационной или морфологической находкой, а информативность ТАПБ в разы ниже, чем при других заболеваниях. Сложность адекватной дооперационной диагностики РЩЖ при ДТЗ определяется отсутствием в большинстве случаев клинических и инструментальных признаков, позволяющих заподозрить рак на фоне диффузных изменений паренхимы при наличии выраженного тиреотоксикоза, небольшими размерами, инфильтративным характером роста опухоли, а также большим объемом и гиперваскуляризацией ткани щитовидной железы, что обуславливает снижение диагностической эффективности цитологического исследования. Вопрос повышения точности дооперационной диагностики РЩЖ, протекающего на фоне ДТЗ требует дальнейшего изучения.

Выводы. Учитывая достаточно частую выявляемость РЩЖ на фоне ДТЗ, сниженную диагностическую ценность дооперационных методов диагностики при данной патологии показано выполнение тиреоидэктомии. Выбор тиреоидэктомии в качестве вида оперативного вмешательства помимо радикального решения проблемы тиреотоксикоза исключает оставление опухолевой ткани, а также предотвращает необходимость повторных операций при гистологическом выявлении рака.

Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярощак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ ТРАДИЦИОННЫМИ СПОСОБАМИ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ И С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОНТАКТНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Актуальность: Желчнокаменная болезнь является одной из самых актуальных проблем современной медицины и известна с глубокой древности. В настоящее время операции при данной патологии по частоте стоят на третьем месте после грыжесечений и аппендэктомий, но в отличие от данных нозологий, при ЖКБ отсутствуют единые взгляды на хирургическую тактику при ее осложнениях.

Цель и задачи работы: Провести сравнительный анализ традиционных оперативных вмешательств, лапароскопических методик с использованием лазера и эндоскопических пособий для лечения холедохолитиаза.

Материалы и методы: Исследование основано на данных клинических наблюдений за 117 пациентами с калькулезом желчного пузыря и холедохолитиазом, к которым были применены различные методики лечения в ИНВХ им. Гусака за период с 2014 по 2018 гг. Все пациенты были разделены на три однородные группы методом случайной выборки для проведения клинического сравнения в зависимости от характера планируемого оперативного лечения.:

I группа – Лапаротомия – составила 47 (40,17%) больных в возрасте от 36 до 79 лет, средний возраст в группе 62,9±12,4 года, средний уровень билирубина составил 87,2±80,2 мкмоль/л. II группа пациентов – ЭПСТ – составила 40 (34,2%) больных в возрасте от 26 до 81 года, средний возраст в группе составил 57,5±12,5 лет, средний уровень билирубина – 88,6±86,3 мкмоль/л. III группа больных – Лазер – составила 30 (25,6%) пациентов в возрасте от 39 до 71 года, средний возраст в группе составил 59,7±9,8 лет, средний уровень билирубина – 68,7±45,3 мкмоль/л. Больным было проведено одноэтапное лечение, после стандартной лапароскопической холецистэктомии производилась холедохоскопия с воздействием на конкремент высокоинтенсивного лазера. Для сравнения эффективности изучаемых методик использовали следующие показатели: 1) Длительность болевого синдрома; 2) сроки активизации больных; 3) продолжительность пребывания больных в

стационаре после оперативных вмешательств; 4) количество осложнений и летальных исходов.

Результаты: 1) Длительность болевого синдрома: Согласно полученным результатам, длительность болевого синдрома у пациентов после проведения лазерной литотрипсии сокращена более чем в 2 раза по сравнению с группой исследования «Лапаротомия» (3,8±1,8 суток и 7,7±1,8 суток соответственно). Несколько меньше выражена разница по этому показателю между группами «ЭПСТ» и «Лапаротомия» – 3,9±1,5 суток и 7,7±1,8 суток соответственно. 2)Сроки активизации пациентов: основываясь на результатах исследования, можно сказать, что активизация пациентов после традиционных оперативных вмешательств происходит медленнее, чем после эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией и лапароскопической холецистэктомии (52,6±13,6 и 21,6±12,6 часов соответственно) и в медленнее, чем при выполнении лазерной холедохолитотрипсии (52,6±13,6 и 19,6±8,0 часов соответственно). 3) Длительность госпитализации: исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что при выполнении лазерной холедохолитотрипсии количество койко-дней сокращается на 25% по сравнению с двухэтапной методикой лечения холедохолитиаза (9,6±1,5 и 12,6±5,6 дней соответственно) и в половину, если сравнивать с группой сравнения Лапаротомия (9,6±1,5 и 19,0±7,0 дней соответственно). По данному показателю группа исследоваия ЭПСТ занимает промежуточное положение, уступая лишь лазерной холедохолитотрипсии – 12,6±5,6 и 9,6±1,5 дней. 4) Количество осложнений и летальных исходов: учитывая полученные результаты, можно заключить, что количество ранних послеоперационных осложнений при выполнении лазерной холедохолитотрипсии меньше, чем при выполнении комбинации эндоскопических и лапароскопических методик.

Выводы: Метод лапароскопической холецистэктомии в комплексе с интраоперационной холедохоскопией с применением контактной лазерной литотрипсии показал себя более эффек-

тивным, малоинвазивным способом разрешения холедохолитиаза с меньшим количеством осложнений. Метод двухэтапного лечения холецистохоледохолитиаза путем выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии с последующей лапароскопической холецистэктомией так же зарекомендовал себя высокоэффективным хирур-

гическим пособием в лечении холецистохоледохолитиаза, однако при проведении статистического анализа выявлено большее количество интра- и послеоперационных осложнений, а так же более длительная продолжительность госпитализации пациентов.

Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярошак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака, г.Донецк
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, г.Донецк

ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Актуальность: проблематика выявления и лечения холецистохоледохолитиаза остается актуальной при современном уровне развития хирургии, о чем свидетельствует все возрастающее количество научных трудов во всем мире. Разрабатываются и внедряются в клиническую практику все большее количество высокоточных методов исследования желчных протоков, и не меньшее количество технологичных и малоинвазивных методик лечения. Однако это не ведет к существенному повышению уровня результатов лечения конкрементов билиарной системы. С развитием и реализацией лазерных генераторов новых поколений предстала вероятность тонкого управления режимами лазерного влияния, что дало новейший импульс к возможному изучению использования высокоэнергетического лазерного излучения (ВЭЛИ) для дефляции конкрементов в желчных протоках.

Цели и задачи работы: изучить особенности и эффективность лечения холедохолитиаза путем использования высокоэнергетического лазерного излучения в лапароскопической хирургии

Материалы и методы: в основу исследования положены 30 пациентов.

Характеристика группы пациентов, которые перенесли оперативное лечение в объеме: лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационной холедохоскопия и лазерная холедохолитотрипсия, оценивалась по следующим показателям: возраст, Сроки выполнения оперативных пособий, уровень билирубина, средняя продолжительность операции, сроки активизации пациентов в раннем послеоперационном периоде, длительность болевого синдрома, срок удаления холедохостом, осложнения.

Результаты: Средний возраст пациентов дан-

ной группы составляет $59,7 \pm 9,8$ лет. Медиана составляет 61 год. Сроки выполнения оперативных пособий варьировались от 1 до 20 суток. Средний срок выполнения оперативного вмешательства от начала заболевания составляет $6,3 \pm 4,2$ суток. Средний уровень билирубина у больных данной группы составляет $68,7 \pm 45,2$ мкмоль/л. Средняя продолжительность операции составляет $129,2 \pm 37,4$ мин. Сроки активизации пациентов в раннем послеоперационном периоде мы определяли с момента подъема пациента и способности к самообслуживанию. Средний срок активизации пациентов составляет $19,6 \pm 8,0$ часов. Средняя продолжительность болевого синдрома составляет $3,8 \pm 1,5$ суток. Средний период изъятия холедохостом составляет $9,0 \pm 1,3$ суток. В раннем послеоперационном периоде после проведения лазерной литотрипсии в 2 (6,7%) случаях отмечалось желчеистечение, которое самостоятельно ликвидировалось на 4 и 6 сутки после оперативного вмешательства соответственно. Летальность группы исследования с использованием лазерного литотриптора отсутствовала.

Особенности лечения холедохолитиаза путем использования ВЭЛИ: оптимальные стартовые параметры работы литотриптора – 0,5 Дж, частота – 5 Гц. Количественный уровень физиологического раствора надлежит контролировать, так как процесс эвакуации происходит в просвет двенадцатиперстной кишки. Процесс литотрипсии всегда следует начинать с наиболее дистального конкремента, для уравнивания ограничения видимости и ятрогенного повреждения стенки холедоха. Сеансы лазерного воздействия надлежит проводить с интервалами, для восстановления четкого визуального контроля, так как

промывная система не всегда эффективно проводит санацию просвета холедоха при интенсивной литотрипсии. Следует избегать чрезмерного сгибания холедохоскопа. Для этого по показаниям устанавливать дополнительные лапароскопические порты, для достижения оптимального угла атаки в проксимальном и дистальном направлении, для сохранения целостности кварцевого световода от перелома и выхода из строя лазерного литотриптора.

Выводы: Метод лапароскопической холеци-

стэктомии в комплексе с интраоперационной холедохоскопией с применением контактной лазерной литотрипсии показал себя действенным, малоинвазивным методом разрешения холедохолитиаза с минимальным количеством осложнений.

Методика лапароскопической лазерной литотрипсии является высокоэффективной и единственным препятствием для ее активного внедрения в клиническую практику является дороговизна оборудования.

Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Яроцак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака, г.Донецк
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, г.Донецк

КОМБИНИРОВАННОЕ МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

Актуальность: Одной из самых актуальных проблем современной медицины является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Число больных с этой нозологической формой ежегодно увеличивается несмотря на внедрение современных методов лечения, профилактики и диагностики заболевания, интенсивное развитие техник оперативных и малоинвазивных вмешательств. Холедохолитиаз, как осложнение у больных с конкрементами в просвете желчного пузыря, встречается в 8-10% больных и занимает лидирующее положение среди причин развития механической желтухи. По данным различных авторов, 60-70% случаев развития желтухи обусловлены именно формированием желчных камней. Лечение пациентов с желчнокаменной болезнью стало рутинным занятием в хирургических стационарах. В настоящее время операции при данной патологии по частоте стоят на третьем месте после грыжесечений и аппендэктомий. Так же последние десятилетия получили активное развитие и признание медицинской общественностью эндоскопические методики диагностики и лечения холедохолитиаза. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией в современной хирургии является наиболее распространенным способом лечения холедохолитиаза.

Цель и задачи работы: Провести сравнительный анализ лечения больных с холедохолитиазом традиционными способами и использования комбинации эндоскопических и лапароскопических методов лечения.

Материалы и методы: исследование основано на данных клинических наблюдений за 87 пациентами с калькулезом желчного пузыря и холедохолитиазом, к которым были применены различные методики лечения в ИНВХ им. Гусака за период с 2014 по 2018 гг. Все пациенты были разделены на две однородные группы методом случайной выборки для проведения клинического сравнения в зависимости от характера планируемого оперативного лечения. I группа – Лапаротомия – составила 47 больных в возрасте от 36 до 79 лет, средний возраст в группе $62,9 \pm 12,4$ года, средний уровень билирубина составил $87,2 \pm 80,2$ мкмоль/л. II группа пациентов – ЭПСТ – составила 40 больных в возрасте от 26 до 81 года, средний возраст в группе составил $57,5 \pm 12,5$ лет, средний уровень билирубина – $88,6 \pm 86,3$ мкмоль/л. Этой группе пациентов было проведено комбинированное эндоскопическое и лапароскопическое вмешательства. Для сравнения эффективности изучаемых методик использовали следующие показатели: 1) длительность болевого синдрома;; 2) сроки активизации больных; 3) продолжительность пребывания больных в стационаре после оперативных вмешательств; 4) количество осложнений и летальных исходов.

Результаты: 1) Длительность болевого синдрома: Согласно полученным результатам, длительность болевого синдрома у пациентов после проведения ЭПСТ меньше по сравнению с группой исследования «Лапаротомия» – $3,9 \pm 1,5$ суток и $7,7 \pm 1,8$ суток соответственно. 2) Сроки активизации

зации пациентов: Основываясь на результатах исследования, можно сказать, что активизация пациентов после традиционных оперативных вмешательств происходит медленнее, чем после эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией и лапароскопической холецистэктомии ($52,6 \pm 13,6$ и $21,6 \pm 12,6$ часов соответственно). 3) Длительность госпитализации: исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что при выполнении ЭПСТ количество койко-дней сокращается по сравнению с «Лапаротомией». 4) Количество осложнений и летальных исходов: исходя из результатов проведенного исследования по данному показателю, различия статистически недостоверны.

Выводы: Метод двухэтапного лечения холецистохоледохолитиаза путем выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии с последующей лапароскопической холецистэктомией зарекомендовал себя высокоэффективным хирургическим пособием в лечении холецистохоледохолитиаза по сравнению с традиционными оперативными пособиями. Традиционная холецистэктомия с инструментальной холедохолитоэкстракцией более травматична, требует более продолжительной госпитализации, однако стоит отметить что малоинвазивные методики сопровождаются большим количеством послеоперационных осложнений.

Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярошак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака, г.Донецк
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, г.Донецк

ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Актуальность: Одним из ведущих факторов, определяющих прогрессирование патологических процессов при распространенном перитоните, – является некупирующаяся функциональная недостаточность кишечника (ФНК). Механизм возникновения многих патологических синдромов, характерных для распространенного перитонита, остается еще слабо изученным. Это в полной мере относится и к сопровождающей перитонит ФНК.

Учитывая то, что весь ЖКТ представляет собой функционально единое целое, отдельные участки которого физиологически связаны и оказывают друг на друга влияние, мы решили изучить моторную функцию толстой кишки для оценки моторики всего ЖКТ.

Цель исследования: С этой целью в отделе организована электрофизиологическая лаборатория по изучению сократительной способности ЖКТ. При проведении исследования мы изучали фоновую и стимулированную моторику толстой кишки. Длительность фоновой записи составляла в среднем 30 минут, после чего применяли дозированную механическую, электрическую и фармакологическую стимуляцию.

Материалы и методы: Нами обследовано 48 больных в различных стадиях перитонита. Всем им было выполнено 127 записей механоэлектрограмм. 16 больным в дооперационном периоде и 32-м больным после оперативного вмешательства. Местный перитонит был у 12 и разлитой у

36 больных.

Результаты и их обсуждения: Как показало исследование, в первые часы от начала заболевания происходит резкое, практически полное угнетение моторики. При этом на механоэлектрограмме отмечали появление редких аритмических низковольтных колебаний, приближающихся к изолинии и практически полное отсутствие сократительной активности на механоэлектрограмме.

При дальнейшем прогрессировании разлитого перитонита усугубляются патоморфологические изменения в стенке кишки вследствие нарушения микроциркуляции и непосредственного влияния на нервно-мышечный аппарат токсинов. Сократительная активность характеризуется полным отсутствием волн сокращения. В этот период ответная реакция стенки кишки на механоэлектростимуляцию практически отсутствует, что обусловлено токсическим поражением нервно-мышечного аппарата стенки кишки.

Анализ фоновой моторики толстой кишки у больных перитонитом не дает возможность судить о степени пареза кишечника – для этого необходима стимуляционная механоэлектрограмма. У этих больных можно регистрировать ответную реакцию стенки кишки на раздражения. Появление ответной реакции на раздражения и сохранение этого в динамике в результате лечения свидетельствует о хорошем исходе заболевания, то есть о разрешении перитонита.

Из 32 больных, оперированных по поводу перитонита эффект от комплексной стимуляции в том числе электростимуляции получен у 26. Эффект от электростимуляции отсутствовал у 6 больных с прогрессирующим перитонитом. Эти больные нуждались в проведении релапаротомии. Из них 4 погибло. Учитывая эти данные, мы стали придавать безуспешности электростимуляции при перитоните важное значение, когда решали вопрос о показаниях к релапаротомии.

Использование определения порога возбудимости и показателей стимуляционной механоколографии в динамике лечения больного является

новым, легко выполнимым и информативным методом изучения моторики.

Выводы: Таким образом, наши исследования подтвердили высокую специфичность и прогностическую значимость примененных методик у больных гнойным перитонитом. При этом электрофизиологические методы могут быть применены не только для оценки прогноза течения и исхода распространенного перитонита, но и для дифференциального подхода к выбору хирургической тактики и объема лечебно-детоксикационных мероприятий.

Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярощак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака, г.Донецк
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, г.Донецк

ИЗМЕНЕНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Актуальность: Несмотря на значительные успехи брюшной хирургии и пристальное внимание к проблеме острого аппендицита, осложнения после аппендэктомии наблюдаются в 2,5-3% случаев. Наибольшее количество осложнений авторы отмечают при деструктивных формах аппендицита и развитии перитонита, когда одной из определяющей тяжести состояния больного становится нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Цели задачи: определение зависимости нарушений моторики кишечника от степени выраженности патологического процесса в брюшной полости; определение методики оперативного вмешательства при различной степени распространенности перитонита; на основании полученных данных определение критериев необходимости и начала проведения стимуляции моторной активности ЖКТ.

Материалы и методы: Для исследования моторной функции ЖКТ нами использовались электрофизиологические методы исследования, включающие баллонную механоколографию, проводимую по разработанной в клинике методике. Нами изучено функциональное состояние толстой кишки у 60 больных, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении института неотложной и восстановительной хирургии с 2017 по 2019 гг. с различными формами острого аппендицита, из которых 30 оперировано лапароскопическим методом – основная группа. Остальным 30 пациентам выполнена традиционная лапаротомная аппендэк-

томия – контрольная группа. В обеих группах было одинаковое количество мужчин и женщин в возрасте от 25 до 67 лет, средний возраст больных составил 33,2 года, при этом преобладали больные молодого возраста. В обеих группах были выделены подгруппы по 10 человек в зависимости от степени воспалительных изменений в червеобразном отростке. Сюда относили группы больных оперированных по поводу катаральной формы аппендицита, флегмонозного и гангренозного аппендицита.

Результаты и их обсуждения: При оценке полученных данных нами выявлен различный характер моторной активности у больных оперированных по поводу катарального аппендицита и у больных, у которых выявлены различные деструктивные формы – флегмонозная и гангренозная. У всех больных на первые сутки после операции отмечено снижение моторной активности кишечника. В дальнейшем у больных, оперированных лапароскопически, при купированном перитоните отмечали более раннее восстановление функционального состояния кишечника. Так, у 80% больных на 2-3-и сутки после операции аускультативно отмечали появление активной перистальтики, на механоколограмме отмечали появление перистальтических волн с амплитудой сокращений от 15 до 40 мм.вод.ст. У больных с разлитым гнойным перитонитом восстановление моторной активности наблюдали на 3-5 сутки послеоперационного периода. У 20% больных функциональная активность восстановилась на 4-е сутки послеоперационного периода.

Анализ данных механоколограмм, выполненных в послеоперационном периоде показал, что течение послеоперационного периода во многом зависит от двух факторов: 1. степени воспалительных изменений в брюшной полости; 2. характера оперативного вмешательства.

Выводы: 1. Острый катаральный и флегмонозный аппендицит сопровождается повышением тонуса стенки, при этом ответная реакция стенки кишки на раздражение сохраняется. При гангренозном аппендиците течение заболевания сопровождается снижением моторной активности кишечника в до- и после операционном периоде.

2. На быстроту восстановления двигательной

активности кишечника после аппендэктомии в значительной степени влияет характер оперативного вмешательства. Выполнение лапароскопической аппендэктомии при гангренозном аппендиците определяет более раннее восстановление моторной активности в послеоперационном периоде.

3. Снижение моторной активности в послеоперационном периоде более чем на трое суток является неблагоприятным симптомом, свидетельствует о возможном прогрессировании перитонита и требует проведения активных мероприятий по лечению и стимуляции моторики.

Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярошак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака, г.Донецк
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, г.Донецк

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММНОГО ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СУБТОТАЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Актуальность: Деструктивный панкреатит – это проблема, которая давно стоит на повестке дня и является одной из важнейших в современной хирургии. Сложность данного заболевания заключается в трудности выбора хирургической тактики и высокой летальности при развитии гнойно-воспалительных осложнений.

Цель исследования: Оценить возможности использования программного вакуум-ассистированного дренирования забрюшинного пространства в лечении субтотального панкреонекроза.

Материалы и методы: Пациент А., 18 лет, поступил в одно из хирургических лечебных учреждений г. Донецка с жалобами на боль опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту. С лечебно-диагностической целью пациенту выполнен лапароцентез – получен бурый выпот до 500 мл., диастаза выпота 4044 Г/ч/л. В дальнейшем состояние больного прогрессивно ухудшалось и через 5 суток он была переведен в хирургическое отделение ИНВХ им. В.К. Гусака с диагнозом: острый тяжелый небилиарный неинфицированный панкреатит, геморрагически панкреонекроз, ферментативный перитонит. При поступлении состояние пациента тяжелое, по шкале APACHE-II 16 баллов. После проведения инфузионной подготовки больной оперирован по жизненным показаниям.

Результаты: Больному применяли трехэтапную тактику лечения: на 1-м этапе – санация па-

тологического очага и программное дренирование с вакуум-терапией, на 2-м этапе – программная релапаротомия, санация и активное дренирование сальниковой сумки, на 3-м – закрытие раны передней брюшной стенки, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства и удаление дренажей по мере уменьшения количества раневого секрета. В лапаротомной ране создавали круглосуточное разрежение 100-125 мм рт. ст. при помощи вакуумного насоса с прерывистым режимом работы, 5 минут вакуумное воздействие, 10 мин пауза. Программные релапаротомии выполнялись через 48-72 ч. Суть использованной методики сводилась к следующему. После широкого раскрытия сальниковой сумки, выполнялась абдоминализация поджелудочной железы и установке ВАК-системы. На второй и третьей релапаротомии проводилась некр- или секвестрэктомию. Во время четвертой релапаротомии на ткани железы определялась грануляционная ткань, после чего выполнялась санация брюшной полости и забрюшинного пространства и установка активной аспирации. Продолжительность пребывания больного в стационаре составила 56 суток.

Выводы: Тактика поэтапного хирургического лечения деструктивного панкреатита с использованием вакуумной терапии зарекомендовало себя с хорошей стороны. Мы считаем, что это метод лечения должен быть внедрен в лечении деструктивного панкреатита.

Шапченко Т.И., Зуева Г.В., Михеева А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Острые кишечные инфекции (ОКИ) устойчиво занимают одно из ведущих мест среди всех инфекционных заболеваний в педиатрической практике. Актуальность проблемы ОКИ в детском возрасте связана не только с высоким уровнем заболеваемости, но и с высокой вероятностью развития осложнений и даже – летального исхода. Особенно высока летальность у детей первого года жизни. Не смотря на значительные успехи в изучении эпидемиологии, клиники и патогенетических особенностей ОКИ, диагностические возможности в целом таковы, что этиология 50-60% диарейных заболеваний остается нерасшифрованной. Значительная доля среди ОКИ неустановленной этиологии принадлежит вирусным диарейам. Вирусные диареи человека, обусловлены такими инфекционными агентами, как ротавирусы, аденовирусы (типы 40, 41), астровирусы, калицивирусы, коронавирусы и другие.

В результате вирусного воздействия происходит снижение иммунорезистентности организма, нарушаются процессы переваривания и всасывания. Кроме того, вирусная инфекция способствует появлению на энтероцитах новых рецепторов для взаимодействия эпителиальных клеток с бактериями. Все это создает условия для нарушения микробиоценоза кишечника, активации условно-патогенной микробиоты и развития сопутствующего бактериального процесса.

Методы лечения вирусных диарей широко дискутируются, и приоритеты отдаются патогенетической терапии: восстановлению потерь жидкости и электролитов, диетотерапии, назначению сорбентов и ферментов, применению иммуноглобулинов энтеральным путем. Следует отметить, что назначение антибактериальных препаратов, при вирусной природе диареи не обосновано, наоборот, это может способствовать глубоким нарушениям микробиоценоза кишечника и утяжелять течение заболевания.

Патогенетически обоснованным является использование при вирусных диареях биологических бактериальных препаратов, что способствует восстановлению нормальной микробиоты, ферментативных функций кишечника, стабилизации местного иммунитета.

Таким образом, существует многообразие циркулирующих вирусных агентов, что предопределяет необходимость улучшения лабораторной диагностики ОКИ. Вирусные диареи различной этиологии имеют определенную сезонность и клинические особенности течения заболевания. Выявлены выраженные сдвиги микробиоценоза толстой кишки на раннем этапе, установлена высокая эффективность и безопасность использования биологических бактериальных препаратов на раннем этапе терапии, которая основана на более быстром купировании клинических проявлений заболевания, предотвращая избыточный рост условно-патогенной флоры.

Шатилов А.В., Провизион Л.Н., Соломина В.Г.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАКТЕРИДА ЭНДРЮСА У РЕБЕНКА

Пустулезный бактерида Эндрюса – хроническое заболевание кожи, характеризующееся развитием пустул, чаще с гнойным содержимым, в дальнейшем с образованием корок, чешуек, нарушением ороговения.

До настоящего времени этиология заболевания окончательно не установлена. Развитие заболевания возможно обусловлено общим состоянием организма и типом его реактивности. Триггером заболевания чаще всего выступает бактериальная очаговая инфекция (тонзиллит,

кариес, холецистит и др.), с лечением которой разрешается и дерматоз.

Многие дерматологи рассматривают его как одну из форм пустулезного псориаза с локализацией на ладонях и подошвах у больных, которые часто не имеют ни клинических, ни анамнестических данных о псориазе. Клинические и гистологические изменения кожи и при бактериде Эндрюса, и при псориазе идентичны.

Пустулезный бактерида Эндрюса считается редким дерматологическим заболеванием, его

частота в популяции достоверно не определена. Эта патология с одинаковой частотой поражает мужчин и женщин, крайне редко встречается у детей.

Приводим клинический случай бактерида Эндрюса у ребенка 12 лет.

Мальчик Г. обратился в Луганский РДВД с жалобами на высыпания кожи обеих стоп, без субъективных ощущений. Болеет в течение пяти лет. Лечился по поводу микотической экземы. Обострение преимущественно в летнее время года. Причину заболевания указать не может.

Ребенок от второй беременности, первых родов, находился на искусственном вскармливании. Привит согласно возрасту. Аллергологический анамнез отягощен: пищевая аллергия. Наследственный анамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, ветряная оспа, частые ангины. Состоит на диспансерном учете у оториноларинголога с диагнозом хронический тонзиллит.

При осмотре: патологический процесс носит ограниченный характер и локализуется на коже свода стоп. Высыпания представлены пустулами с желтоватым содержимым, размером 0,2-0,4 см в диаметре, мелкими эрозиями округлой формы, геморрагическими корками, расположенными на эритематозном, слегка инфильтрированном фоне.

Пациент обследован: в общем анализе крови умеренный лейкоцитоз, биохимический анализ и общий анализ мочи – норма. При бактериологическом исследовании содержимого пустул подтверждена их стерильность. Исследование на грибки – грибки не обнаружены.

Учитывая жалобы пациента, анамнестические данные, клиническую картину, результаты бактериологического и бактериоскопического исследования установлен клинический диагноз: Бактерид пустулезный Эндрюса.

Пациент госпитализирован в детское отделение ЛРДВД, где было проведено лечение: дезинтоксикационная терапия, витамины, гепатопротекторы, антигомтоксические препараты, местно – вскрытие пустул с их последующей обработкой водным раствором метиленового синего, комбинированные топические стероиды, санация миндалин, физиотерапия.

Выписан с разрешением высыпаний на коже стоп.

Выводы.

В практике дерматолога бактерида Эндрюса у детей встречается крайне редко и вопрос проведения дифференциальной диагностики заболеваний с наличием пустулезных высыпаний на коже ладоней и подошв имеет большое значение ввиду частых ошибок в постановке диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациента.

Шатохина Я.П.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТЫТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРАНСЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЙ pH-МЕТРИИ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

В современной практической гастроэнтерологии и функциональной диагностики изучение характера желудочной секреции имеет большое значение для правильной оценки состояния больного при кислотозависимых заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ГЭГБ, хронический гастрит, дуоденит, гастродуоденит, ЯБЖ и ЯДК), а также для назначения адекватной терапии. Современные авторы считают, что именно интрагастральная pH-метрия является наиболее объективным и информативным методом оценки кислотообразующей функции желудка в повседневной врачебной практике, позволяя получить максимум полезной информации.

Целью исследования было оценить секреторную функцию желудка у иностранных студентов, временно пребывающих на территории г.Луганск, с патологией верхних отделов пищеварительного тракта при сопутствующем хроническом некалькулезном холецистите (ХНХ).

Под наблюдением находилось 74 иностранных студентов (49 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 19 до 28 лет, временно пребывающих на территории г. Луганска и обучающихся в ЛГМУ. В клинических условиях и был определен характер кислотообразования в желудке у пациентов с помощью трансэндоскопической pH-метрии на фоне ХНХ с жалобами диспепсического характера. Сопоставили 2 подгруппы пациентов: 1-я

подгруппа – ХНХ с сопутствующими кислотозависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 65 пациентов; 2-я подгруппа – заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (ГЭРБ, хронический гастрит и гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.) – 9 пациентов.

Для проведения трансэндоскопической рН-метрии нами использовались ацидогастрометр «ИКЖ-1» и комплект микрозондов с диаметром 2,2 мм, который подходит ко всем отечественным и импортным эндоскопам с инструментальным каналом 2,8 мм.

Результаты. Интрагастральная рН-метрия проводилась натощак, до комплексного лечения пациентов. Анализируя полученные результаты нами учитывался уровень рН, позволяющий разделить нарушения секреторной функции желудка на гипо-, нормо-, и гиперацидное состояния.

У обследованных пациентов с ХНХ, которые предъявляли жалобы диспепсического характера отмечалось: повышение кислотообразующей функции желудка установлено у 86% больных и у 81% II подгруппы, нормаацидность выявлена у 14% и 19% пациентов соответственно. У пациентов 1-й и 2-й подгрупп до лечения базальный рН в теле желудка был фактически одинаковым и в среднем составил, соответственно, $1,4 \pm 0,15$ и $1,4 \pm 0,17$.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у большинства иностранных студентов, временно пребывающих на территории г.Луганска и обучающихся в ЛГМУ, с ХНХ на фоне заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, отмечается повышение кислотообразующей функции, что требует дальнейшей коррекции терапии данных пациентов.

Шашмурина В.Р., Мишутина О.Л.

ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава РФ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Дисплазии соединительной ткани – это генетически детерминированные состояния, характеризующиеся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящие к нарушению формообразования органов и систем. Дисплазию соединительной ткани делят на две группы: дифференцированные (синонимы: наследственные болезни соединительной ткани, наследственные, синдромальные ДСТ) и недифференцированные.

Недифференцированные дисплазии соединительной ткани диагностируются тогда, когда выявляемые у пациента фенотипические признаки не укладываются ни в одно из известных наследственных заболеваний соединительной ткани.

У лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани отмечается тонкая, легкоранимая, просвечивающая, вялая, сухая, растяжимая (более 3 см) кожа, стрии, заживление в виде широких атрофических рубцов по типу «папиросной бумаги», келоидные рубцы, при проведении проб щипка, жгута и манжетки появление кровоподтеков, экхимозов, петехий.

Описаны келоидные рубцы после травм, оперативных вмешательств, вакцинаций, вследствие внутривенной инфузии, пирсинга.

Дисплазия соединительной ткани является частой сопутствующей патологией у детей с гемангиомами, аномалиями развития и деформациями челюстно-лицевой области. З.А.Рекзава (2008) отмечает, что при различных клинических вариантах расщелины верхней губы и неба количество фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани повышается пропорционально увеличению объема анатомических нарушений. Наличие диспластических маркеров в виде различной патологии прикуса, нарушения строения нёба, сверхкомплектных зубов, деформации ушных раковин, патологических рубцов у детей с аномалиями развития и приобретенными деформациями челюстно-лицевой области определяет целесообразность проведения комплексного клинко-инструментального и лабораторного обследования с целью выявления сопутствующей дисплазии соединительной ткани и оценки степени ее тяжести.

Швиренко И.Р., Долгов Е.Е., Стребкова Ю.А., Мирошниченко Н.Д.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и физического воспитания

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ И СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ НА КАФЕДРЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Высокий уровень здоровья студентов является необходимым условием для полноценного освоения обучающимися теоретического материала и практических навыков, овладения и формирования профессиональных компетенций. Однако в период обучения в ВУЗе студенты подвергаются широкому спектру неблагоприятных для здоровья факторов, прежде всего, высокой умственной и психоэмоциональной нагрузке, на фоне частых нарушения двигательного, санитарно-гигиенического режима, погрешностей питания, адаптационной нагрузки в связи со сменой места проживания, формирования межличностных отношений в группе и др. факторов, требующих от студентов максимальной и длительной мобилизации физиологических возможностей к условиям обучения.

Данные факторы могут влиять на состояние здоровья студентов – вызывать обострение уже имеющихся хронических заболеваний или приводить к возникновению новых. Это, в свою очередь, негативно влияет на возможности и качество подготовки будущих врачей, снижение как уровня трудоспособности, так и ограничивая их возможности в выборе трудового направления.

С целью изучения структуры заболеваемости студентов 1-3 курсов ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького в 2018-2019 учебном году и влияния на них занятий физкультурой и спортом был проведен анализ врачебно-контрольных карт физкультурника (ВККФ, форма 061/у), отображающих результаты ежегодных медицинских осмотров студентов, в количестве 2175 карт с использованием методов математической статистики.

По данным проведенного анализа ВККФ было установлено, что у 46,7% студентов наблюдались и были отражены в ВККФ ранее перенесенные острые и/или хронические расстройства, нанесшие существенный ущерб здоровью обследуемого с последующей продолжительной нетрудоспособностью и постановкой на диспансерный учет. При рассмотрении удельного веса больных студентов на каждом курсе было уста-

новлено, что наибольший удельный вес имеют больные, обучающиеся на 1 курсе – 56,9%, наименьшую долю больные составляют на 3 курсе – 38,5%. В структуре заболеваемости первое место занимает патология сердечно-сосудистой системы – 16,6%, второе – заболевания зрения – 15,9%, третье – болезни костно-мышечной системы – 13,4%, на четвертом месте – заболевания верхних дыхательных путей – 4,1%. Достаточно большой удельный вес заболеваемости дают лица с сочетанной патологией двух и более систем органов – 14,9%.

Анализ динамики заболеваемости студентов от 1 курса к 3-му показал, что среди студентов наблюдается тенденция к оздоровлению. Результатирующими в данном случае факторами могут быть систематические занятия физической культурой как в составе группы, так и на секционных занятиях, правильный отбор и занятия с диспансерными физкультурниками в составе групп ЛФК; медицинское просвещение, осуществляемое в ходе учебного процесса; активная пропаганда здорового образа жизни, проводимая в университете. Это отчетливо заметно по снижению доли заболеваний костно-мышечной системы, удельный вес которых снизился к 3-му году обучения на 5,4%, и особенно, по изменениям доли патологии органа зрения с ее снижением на 7,8%. В тоже время наблюдается негативная тенденция в росте заболеваний сердечно-сосудистой системы, доля которых на 3 курсе увеличилась на 2,5%, по сравнению с частью данной патологии среди первокурсников, что может быть обусловлено чрезмерной умственной и психоэмоциональной нагрузкой, испытываемой студентами в ходе учебного процесса.

Уточнение структуры заболеваемости и ее связи с отдельными видами и продолжительностью физической нагрузки позволит предложить и обосновать новые подходы в профилактике и реабилитации студентов как с хроническими заболеваниями, так и с низкими показателями уровня здоровья.

Швиренко И.Р., Поважская Е.С., Зубенко И.В., Терещенко И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В ИЗУЧЕНИИ ЧАСТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ

Новая парадигма образования на первый план выводит не оценку усвоенных знаний и умений, а степень сформированности профессиональных компетенций, направленных на решении т.н. «стандартных» клинических ситуаций. Это обуславливает смещение акцентов в подготовке специалистов со сферы изучения и контроля полученных знаний обучающегося (т.н. специалиста «знающего») к способам формирования у него навыков и умений (т.н. специалиста «практикующего») в соответствии с предполагаемым уровнем компетенции.

Реализация этих современных подходов в значительной мере ложится на кафедральные коллективы «студенческого» уровня, на которые возлагается закладка не только прочной теоретической основы, но и практической базы (исходный уровень) компетенции для последующего ее совершенствования и закрепления на последипломном этапе образования. Указанные особенности предъявляют новые требования к построению программы подготовки специалистов по вопросам медицинской реабилитации.

Одним из важных направлений формирования реабилитационного подхода в клиническом мышлении врача-лечебника является обучение и отработка студентами 6-го курса навыка формирования реабилитационного диагноза, основанных на выделении в картине заболевания клинических синдромов, характеризующих не только особенности его течения, но и состояние здоровья, индивидуальные реакции организма с учетом состояния его реактивности. Это позволит будущему специалисту с одной стороны индивидуализировать, а с другой стороны формализовать реабилитационный подход в лечении больных.

Опираясь на полученные на 4-м курсе навыки по медицинской реабилитации (оценка состояния здоровья больного, определение общих и частных показаний и противопоказаний к назначению физиотерапии, выбор аппаратуры и техники ее применения и др.), студенты 6 курса обучаются использованию отдельных физических факторов (ОФФ) с учетом выделе-

ния в клинике заболевания отдельных клиникопатогенетических синдромов (КПС), характеризующих особенности состояния здоровья: изначально расстройств общего (системного) характера (повышенной или сниженной реактивности организма – дисневротический, дисгормональный, дисиммунный) с переходом на местный уровень, или изначально местно/сегментарного уровня с утяжелением и переходом на системный уровень (дисалгический, воспаления, дисциркуляторный, дисметаболический). Выделение КПС позволяет назначить ОФФ с учетом особенностей их действия на организм человека.

Так, например, оценка клинического статуса гиперреактивности организма обуславливает применение воздействий седативного характера (электросон, гальванизация, теплотечение, магнитотерапия на затылок и битемпорально, седативные ванны (йодобромные, жемчужные, хвойные) и др.). Напротив, при гипореактивности организма обосновано применение т.н. адаптационной физиотерапии (общая франклинизация, дарсонвализация головы и воротниковой зоны, пайлер-терапия на область лица и спины, надвенная и лазеротерапия биологически активных точек, ультрафиолетовое облучение крови, ДМВ-терапия и индуктотермия на область надпочечников, кратковременная гипоксия гипоксикаторами и др., водолечение с механическим компонентом (дождевой душ, жемчужные и вихревые ванны, подводный душ-массаж) и др.

Включение в реабилитационный диагноз оценки состояния реактивности организма, преобладающего и сопутствующего клиникопатогенетического синдрома, позволяет облегчить студентам выделение наиболее подходящие группы ОФФ, формализовать методику (общая, сегментарная, местная), последовательность/очередность, продолжительность их применения. Это в значительной мере облегчает составление реабилитационной программы с учетом особенностей здоровья больного, характера течения заболевания, доступности применения ОФФ на различных этапах реабилитации.

Шевелёк А.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АЛЬДОСТЕРОНА КРОВИ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Цель: проанализировать взаимосвязь уровня альдостерона крови с выраженностью структурно-функциональных изменений сердца у больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ) левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы. Проведено проспективное исследование с участием 158 пациентов (58 мужчин и 100 женщин, средний возраст $62,3 \pm 7,4$ лет), имеющих компенсированную ХСНсФВ. Пациенты не страдали первичным гиперальдостеронизмом и не принимали антагонисты минералокортикоидных рецепторов в течение предшествующих 6 недель. У всех больных определяли уровень альдостерона крови и оценивали выраженность структурно-функциональных изменений сердца. Уровень альдостерона определяли иммуноферментным методом, референтными значениями считали концентрацию гормона 40-160 пг/мл. Оценка структурно-функционального состояния сердца проводилась с помощью трансторакальной эхокардиографии.

Результаты. По результатам измерения концентрации альдостерона крови все пациенты были разделены на две группы: 1-ю составили

99 больных (62,7%, 95% доверительный интервал (ДИ): 55,0-70,0%), у которых уровень гормона находился в пределах нормы, 2-ю – 59 пациентов (37,3%, 95% ДИ: 30,0-45,0%) с гиперальдостеронизмом. Конечно-диастолический объем, объем левого предсердия, индекс массы миокарда ЛЖ, выраженность диастолической дисфункции ЛЖ и распространенность концентрической гипертрофии были существенно выше у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й (все $p < 0,05$). Уровень альдостерона крови положительно коррелировал с E/e' ($r=0,63$, $p < 0,001$). Регрессионный анализ с поправкой на возраст и сопутствующую патологию продемонстрировал, что уровень альдостерона крови был тесно связан с E/e' (отношение шансов 3,42, 95% ДИ 1,65-9,64, $p=0,001$) и наличием концентрической гипертрофии ЛЖ (отношение шансов 1,12, 95% ДИ 1,08-3,16, $p=0,042$).

Заключение. Развитие вторичного гиперальдостеронизма у больных ХСНсФВ является независимым предиктором ухудшения диастолической функции и возникновения прогностически неблагоприятных типов ремоделирования ЛЖ.

Шевелёк А.Н., Солон И.В., Тов И.В., Гейзер Т.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ПРИЕМУ НИТРОГЛИЦЕРИНА И АСПИРИНА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Актуальность. Повторные ИМ – одна из ведущих причин снижения качества жизни, развития серьезных кардиальных осложнений и смерти пациентов во всем мире. Успех лечения и прогноз при инфаркте миокарда во многом определяется медицинской тактикой на догоспитальном этапе. Важная роль при этом отводится поведенческой стратегии пациента, в частности, своевременному приему антиангинальных и антитромботических препаратов. Есть основания полагать, что пациенты, уже перенесшие инфаркт миокарда в прошлом, хорошо осведомлены о тактике са-

мопомощи при повторном сердечном приступе, однако их реальная информированность и приверженность к выполнению рекомендаций не изучена.

Цель. Оценить информированность пациентов о необходимости приема нитроглицерина и аспирина при повторном инфаркте миокарда и их приверженность к выполнению мероприятий самопомощи.

Материалы и методы. В исследование были включены 24 пациента, госпитализированные в отделение неотложной кардиологии и тромболи-

зиса Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака и отделение кардиологии городской больницы № 23 г. Донецка с диагнозом «повторный инфаркт миокарда». Оценку осведомленности пациентов о необходимости приема нитроглицерина и аспирина при повторном инфаркте миокарда и их приверженность к выполнению мероприятий самопомощи проводили с помощью анкеты, разработанной авторами. Все участники были подробно информированы о цели опроса, на что дали свое согласие. Результаты исследования оценивались с помощью программы MedStat.

Результаты. Среди опрошенных пациентов было 20 (83,3%) мужчин и 4 (16,7%) женщины, средний возраст составил $70,6 \pm 7,2$ лет. Инфаркт миокарда с подъемом ST развился у 62,5% пациентов, без подъема ST – у 37,5%. Большинство (83,3%) пациентов были хотя бы частично осведомлены о тактике поведения во время инфаркта миокарда и могли назвать как минимум один из методов самопомощи. Среди информированных пациентов только 37,5% получили эти сведения от врача, столько же – от знакомых и родственников, а 25% человек сами являлись медработниками и владели данной информацией ранее.

О необходимости принять нитроглицерин знали 83,3%, тем не менее, во время сердечного приступа только 58,3% опрошенных приняли его. В большинстве случаев препарат принимали в таблетированной форме (медиана количества принятых таблеток составила 2, межквартильный интервал 1-6). Рекомендации по приему аспирина в случае повторного сердечного приступа получили 25% пациентов, приняли его только 16,7% человек. Пациенты, принявшие аспирин, не владели информацией о корректном способе его приема (разжевывание): все они проглатывали, запивая водой, кишечнорастворимые формы препарата.

Вывод. Большая часть пациентов с повторным инфарктом миокарда осведомлена о необходимости приема нитроглицерина и/или аспирина на догоспитальном этапе, однако приверженность к реальному выполнению данных мер самопомощи остается невысокой. Только половина пациентов самостоятельно принимает нитроглицерин до обращения за медицинской помощью, и лишь каждый пятый – аспирин. Только треть пациентов получает информацию о неотложных мерах самопомощи от врача.

Шевченко В.В., Антропова О.С., Пирогов В.В., Минаков Г.Р., Чуркин Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ДНР

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОТЕРПЕВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ КАК ОСНОВНОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО

Масштабы вопросов, связанных с дорожно-транспортными происшествия (ДТП), давно приобрели глобальный характер. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, на дорогах мира ежегодно гибнет 1,35 млн. человек, а в рейтинге причин смерти занимает 8-е место. В 2019 году на дорогах погибло около 1,4 миллиона населения планеты. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения еще в 2004 году смертность в результате ДТП приравнивали к угрозе эпидемии глобального масштаба и представили малоутешительные перспективы на будущее. Во Всемирном докладе о предупреждении дорожно-транспортного травматизма сказано, что «в случае если правительства всех стран мира не выработают консолидированную политику по изменению существующего положения дел, к 2020 гибель в ДТП станет одной из лидирующих причин смертности людей на планете». В результате ДТП от 30 до 50 млн.

человек ежегодно получают травмы разной степени тяжести, приводящие к длительной потере трудоспособности. В республиканском бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ДНР в период 2017-2019 годы проведено исследование случаев дорожно-транспортных происшествий. За трехлетний период удельный вес ДТП составил 24,7% от всех проведенных экспертиз, что составляет почти четверть от всех повреждений. За 2017 год удельный вес составил 33,8%, 2018 год – 13,4%, 2019 – 26,9%. Судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) при дорожно-транспортных происшествиях является основным и объективным доказательством виновности или невиновности конкретного участника аварии в ее совершении. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяют судебно-медицинские эксперты. При экспертизе (исследовании) тяжести вреда здоровью в Заключении (Акте) должны быть отображены:

характер повреждений (ссадина, кровоподтек, перелом кости и другое), их локализация и свойства; вид орудия или средства, которыми могли быть причинены повреждения; механизм возникновения повреждений; давность (срок) причинения повреждений; степень тяжести вреда здоровью с указанием квалифицирующего признака – опасность для жизни, длительность расстройства здоровья, стойкая утрата трудоспособности и другие. От этого зависит правовая оценка сложившейся ситуации, она напрямую будет влиять на степень уголовной или административной ответственности виновника ДТП. На основе научной оценки полученных данных при исследовании трупа или освидетельствования потерпевшего судебно-медицинский эксперт

имеет возможность установить определенные факты, касающиеся как механизма дорожно-транспортного происшествия в целом, так и отдельных его этапов. В некоторых случаях по делам ДТП проводится СМЭ по имеющимся материалам дела: в таких ситуациях, когда потерпевший находится в стационаре и транспортировать его не представляется возможным. В таком случае эксперту предоставляются материалы уголовного дела и история болезни. При тяжком вреде здоровью, включая неосторожное причинение смерти пострадавшему, виновнику грозит уголовная ответственность. Таким образом, СМЭ при ДТП – это основное объективное доказательство или опровержение виновности конкретного участника аварии в ее совершении.

Шевченко В.В., Бубликова А.М., Сохина В.С., Гольнева А.П., Сигитова Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЕРИФИКАЦИИ ТРОМБОЗА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность исследования: Трудность в диагностике и лечении тромбозов церебральных венозных синусов обусловлена рядом причин: во-первых, малой распространенностью заболевания; во-вторых, сложностью диагностики, обусловленной полиморфизмом клинической картины и вариабельностью строения венозной системы головного мозга (ГМ): от сетевидного типа с обилием анастомозов до магистрального типа с выраженной редукцией венозной сети.

Описание клинического случая: Пациентка 28 лет, доставлена по линии экстренной медицинской помощи в ДОКТМО 15.10.2019г., госпитализирована в отделение нейрохирургической интенсивной терапии с жалобами на головную боль, преимущественно в височных областях, онемение левой половины лица, слабость и онемение левой руки. Выставлен предварительный диагноз: «Синдром рассеянного энцефаломиелита неуточненного генеза, послеродовый период 14-е сутки». Из анамнеза заболевания известно, что 01.10.2019 г. у пациентки роды I срочные нормальные в ДРЦОМид, на третьи сутки была выписана из отделения. Отметила ухудшение 12.10.2019г., когда появилась общемозговая и очаговая неврологическая симптоматика. 14.10.2019г. головная боль усилилась, возникло чувство «онемения» в левой половине лица, в кисти и пальцах левой руки. Вызвана бригада скорой медицинской помощи (БСМП): АД справа -140/80 мм рт.ст., слева – 110/70 мм рт.ст., в

качестве неотложной помощи введен папаверин, позднее состояние ухудшилось, возобновилось чувство «онемения» в левой руке и левой половине лица, в сопровождении БСМП пациентка доставлена в неврологическое отделение ГБ №9 с целью уточнения диагноза. 15.10.2019г. по линии экстренной медицинской помощи консультирована невропатологом, установлен предварительный диагноз: «Синдром рассеянного энцефаломиелита неуточненного генеза, послеродовый период 14-е сутки»; рекомендован перевод в неврологическое отделение ДОКТМО. Из проведенных лабораторных исследований обращают внимание следующие результаты:

1. Исследования крови: эритроциты – 4,72 x 10¹²/л, гематокрит – 75,2%, гемоглобин – 112 г/л, тромбоциты – 379 x 10⁹/л; фибриноген – 4,7 г/л; Д-димер (количественно) – 1,98 мкг FEU/мл; Факторы и компоненты системы гемостаза ПЦР -генетика: F13A1 – G/T выявлена мутация в гетерозиготном состоянии, ITGA2-α2 интегрин – C/T выявлена мутация в гетерозиготном состоянии; ПЦР-исследование фолатного цикла: MTHFR 677 – C/T мутация выявлена в гетерозиготном состоянии, MTHFR 1298 – A/C мутация выявлена в гетерозиготном состоянии, MTRR – A/G мутация выявлена в гетерозиготном состоянии.

2. Методы нейровизуализации: Магниторезонансная томография (МРТ) ГМ до и после в/в контрастирования с МР-ангиографией арте-

рий ГМ: очаговое поражение кортикальных отделов лобных областей обоих полушарий ГМ, вероятнее всего, имеет место воспалительный характер, возможно с вовлечением оболочек справа. Повторная МРТ ГМ до и после в/в контрастирования с МР-ангиографией сосудов ГМ: отмечается увеличение распространенности поражения кортикальных отделов задне-лобных областей обоих полушарий ГМ, распространение процесса по ходу борозд, вероятно, за счет вовлечения мягкой мозговой оболочки. МРТ признаки нарушения кровотока по верхнему сагиттальному синусу и по поверхностным мозговым венам, преимущественно справа вероятно с частичным тромбозом; Компьютерная томография ГМ с болюсным контрастированием: Неполный тромбоз сагиттального синуса, стока синусов и начальных отделов поперечных синусов, а также поверхностных верхних мозговых

вен задне-лобной области.

Пациентке установлен диагноз: «Тромбоз верхнего сагиттального синуса и поверхностных мозговых вен теменных и затылочных областей с образованием ишемического очага в кортикальных отделах правой задне-лобной области и участками геморрагического пропитывания в кортикальных отделах правой лобной доли с эписиндромом, легким левосторонним гемипарезом». Сопутствующий диагноз: «Генетическая тромбофилия. Нарушение фолатного цикла».

Выводы: Связь лечения и благоприятного исхода патологии зависит от полноценного обследования пациентов, в особенности у патологий с генетической предрасположенностью. В верификации тромбоза церебральных венозных синусов важную роль играет исследование дефекта гена тромбоцитарного рецептора.

Шевченко В.В., Голубова О.А., Шевченко Д.Ф., Бубликова А.М., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СТАНДАРТНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ КАК ЧАСТЬ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИИ

Актуальность: Инсомния – это клинический синдром, который характеризуется жалобами на расстройство ночного сна в виде трудности инициации, нарушения качества и длительности сна, возникающий при достаточных для нормального сна условиях и нарушающий период дневного бодрствования. Вторичная хроническая инсомния – нарушение сна, длительностью, более 1 месяца связанное с соматическим, неврологическим или психическим заболеванием. В зависимости от метода диагностики распространенность нарушений сна колеблется в общей популяции от 6 до 30%. Симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) выявляются почти у 1/3 взрослого населения. А ГЭРБ, сопровождающаяся ночной изжогой – одна из частых причин инсомнии.

Цель: Изучить влияние стандартной фармакотерапии ГЭРБ на вторичную хроническую инсомнию.

Материалы и методы: Было обследовано 30 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет (ср. возраст = 25,8 лет) из них 18 женщин и 12 мужчин с изолированной, эндоскопически негативной ГЭРБ и ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом I – II ст. и длительностью анамнеза заболевания более 3 месяцев до и после назначения фармакотерапии ГЭРБ. Все пациенты прошли диагностические опросники

до начала лечения и через 3 месяца после: Питтсбургский индекс качества сна (ПИКС), Эпвортская шкала сонливости (ЭШС) и краткая форма оценки здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form) (MOS SF-36). Анализ полученных данных производился в пакете MedStat.

Результаты и их обсуждение: До начала терапии ГЭРБ по данным ПИКС высокое качество сна определялось у 12 чел. (40%), низкое качество сна у 18 чел. (60%); по данным ЭШС: нормальный сон – 11 чел. (37%), умеренная сонливость – 12 чел. (40%), аномальная (возможно, патологическая) сонливость была выявлена у 7 чел. (23%). По данным MOS SF-36 у 3 чел. (10%) отмечался низкий показатель качества жизни, у 5 чел. (16,5%) – пониженный, у 9 чел. (30%) – средний, у 8 чел. (27%) – повышенный, у 5 чел. (16,5%) – высокий. При анализе жалоб пациентов до начала лечения изжога, в том числе и ночная, беспокоила 21 чел. (70%), отрыжка воздухом – 26 чел. (87%), отрыжка кислым – 17 чел. (57%), отрыжка съеденной пищей 9 чел. (30%), тошнота – 19 чел. (63%), периодическая рвота – 8 чел. (27%), першение и боль в горле – 12 чел. (40%), ощущение тяжести и распирания в эпигастрии – 13 чел. (43%). 20 чел. (67%) отметили усиление симптомов ночью. Пациентам, после консультации врача-гастроэнтеролога, были по-

добраны в индивидуальном порядке препараты, нормализующие пищеводно-желудочную моторику, кислотосупрессирующие и цитопротектирующие препараты, а также даны рекомендации по диете и модификации образа жизни. Через 3 месяца от начала лечения по данным ПИКС: высокое качество сна отмечается у 20 чел. (67%), что на 27% выше показателя до лечения, у 10 чел. (33%) сохраняется низкое качество сна, что на 27% меньше от первоначального значения; по данным ЭШС: нормальный сон отмечается у 21 чел. (70%), умеренная сонливость у 7 чел. (23%), anomальная сонливость сохраняется у 2 чел. (7%); по MOS SF-36: у 1 чел. (3,3%) низкий показатель качества жизни, у 3 чел. (10%) пониженный показатель качества жизни, у 9 чел. (30%) средний показатель качества жизни, у 10

чел. (33%) повышенный показатель качества жизни, уже у 7 чел. (23,7%) высокий показатель качества жизни. Повторно оценены жалобы пациентов: изжога продолжает беспокоить 12 чел. (40%), отрыжка воздухом – 13 чел. (43%), отрыжка кислым – 3 чел. (10%), отрыжка пищей – 4 чел. (13%), тошнота – 12 чел. (40%), периодическая рвота – 3 чел. (10%), ощущение тяжести и распирания в эпигастрии сохранялось у 9 чел. (30%). У 11 чел. (37%) сохраняется ночная симптоматика.

Выводы: Адекватная (стандартная) терапия пациентов с ГЭРБ приводит к достоверному улучшению качества сна. Таким образом происходит пассивная коррекция хронической вторичной инсомнии без назначения её специфической терапии.

Шестак В.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк)

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

Необходимость решения проблемы выживания человечества, возникшей на пересечение XX и XXI веков, предполагает принятия радикальных и срочных мер относящихся к разным аспектам жизни мирового сообщества. Современное системное развитие медицины привело к возникновению устойчивых отношений между субъектами оказания медицинской помощи и медицинской деятельности, определились правовые нормы (законы, другие нормативно-правовые акты), их регулирующие, таким образом возникли медицинские правоотношения. Медицинские правоотношения достаточно специфичны – в силу собственной значимости, вытекающей из неизбежности каждого человека выступать в качестве субъекта медицинской помощи и медицинской деятельности в целом. В связи с этим начальные знания, а на их основе уважение и соблюдение прав и законных интересов пациентов – требование времени как для медицинских работников, так и для юристов, специализирующихся в области медицинского права. В здравоохранении фактически происходит процесс формирования самостоятельного правового поля, и это делает возможным постановку вопроса о выделении новой самостоятельной отрасли права и законодательства – медицинского права и медицинского законодательства (законодательства о здравоохранении). Медицинское право – это формирующаяся отрасль права, которая представляет собой совокупность правовых норм, регулирующих общественные

отношения, связанные с реализацией прав граждан на здоровье, в частности, отношения между гражданином и лечебно-профилактическим учреждением, между пациентом и медицинским работником в сфере оказания медицинской помощи, а также их прав, обязанностей и ответственности в связи с проведением диагностических, лечебных и санитарно-гигиенических мероприятий. Потребность в медицинском праве во многом вызвана стремлением к совершенствованию медико-правовых отношений, к четкому определению правового положения основных участников этих отношений – врачей и пациентов, их взаимных прав, обязанностей, ответственности. На сегодняшнем этапе развития медицинского права законодательное оформление получили, в основном, права пациента. Права и обязанности медицинского персонала отражены опосредованно. Соответственно, появилась необходимость в повышении правовых знаний медицинских работников, которые смогут адекватно решать задачи, связанные с обеспечением правового сопровождения медицинской деятельности, а также с разрешением конфликтных ситуаций, которые могут возникнуть при оказании медицинской помощи. Учитывая особенности и сложности исторического периода, в котором находятся наше общество и государство, состоянии законодательства, регулирующего сферу здравоохранения, проблемы медицинского права и биомедицинской этики являются одними из самых острых и актуаль-

ных. Консолидация медицинского и юридического сообщества с целью исследования данных проблем с последующей выработкой практических предложений способствовало бы развитию и фундаментальному становлению в Донецкой Народной Республике правовой медицины – медицины, которая безоговорочно соответствует действующим законам, принятым стандартам оказания медицинской помощи, юридическим и деонтологическим требованиям. В последнее

время врачи все чаще становятся фигурантами конфликтных ситуаций. Их обвиняют в смерти пациента, в инвалидности из-за неправильно поставленного диагноза, лечения и т.п. Поэтому, для решения задач по охране здоровья граждан и необоснованных обвинений в ненадлежащем оказании им медицинской помощи, необходимо в законодательстве точно и четко урегулировать работу врача в конкретных ситуациях.

Шестакова В.И., Паршукова А.И

Курский Государственный Медицинский Университет

ПРИЧИНЫ ПОЛОМКИ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

Одно из направлений в этой области – зубное протезирование – является крайне востребованным в условиях современного уровня стоматологической грамотности населения. Все эти лица вынуждены прибегнуть к протезированию зубных рядов. Одним из самых популярных и доступных видов протезирования являются пластиночные протезы. Именно с их помощью чаще всего восстанавливается анатомическая целостность зубных рядов. Эти протезы имеют большое количество преимуществ, но не лишены недостатков, которые приводят к частой поломке конструкций.

Цель. Выделить основные аспекты, приводящие к поломке пластиночных протезов

Материалы и методы. В ходе работы были изучены литературные источники и выделены основные ошибки, приводящие к поломке. Эти ошибки могут быть и на клиническом, и на лабораторных этапах. Происходить могут как по вине врача-стоматолога, так и из-за зубного техника. Даже неправильная эксплуатация пациента может усугубить ситуацию и значительно уменьшить срок службы изделия.

Результаты. на клиническом этапе были выделены следующие ошибки: Неправильная постановка диагноза и некорректный выбор конструкции протеза, неправильный выбор оттисковой ложки, оттискового материала, самые распространенные ошибки на клиническом эта-

пе возможны при определении центрально соотношения челюстей (занижение, завышение, боковое смешение при определении центрального соотношения, деформации восковых валиков и др.), ошибки при проверке восковой конструкции в полости рта.

На лабораторном этапе возникают следующие ошибки: при отливке моделей, при изготовлении воскового базиса с окклюзионными валиками, на этапе укрепления моделей в окклюдаторе, на этапе изготовления восковой конструкции будущего протеза, при гипсовке восковой композиции в кювету и замене воска на базисный материал, на этапе полимеризации пластмассы, при шлифовке и полировке протеза.

Выводы. Таким образом в результате этого исследования были выделены основные проблемные ситуации при изготовлении данных конструкций. Так, на клиническом этапе чаще всего возникают ошибки при определении центрального соотношения челюстей. На лабораторном этапе самой распространенной ошибкой является неправильное изготовление воскового базиса с окклюзионными валиками, а так же на этапах полимеризации пластмассы. Самой частой причиной поломки является нарушение технологии на клиническом этапе, а так же поломки по вине пациентов ввиду неправильной эксплуатации изделия

Шестакова В.И., Паршукова А.И.

Курский Государственный Медицинский Университет

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

21 век является веком естественного и искусственного интеллекта человека. Именно интеллектобеспечивает успешность человеческой деятельности и является ведущим фактором научно-технического прогресса. Исходя из современного логико-семантического содержания под интеллектом стоит понимать целостность и гармоничность отражательной деятельности мозга, всю совокупность умственных способностей человека. Интеллект опосредует успешность деятельности, выполняемой человеком, от него зависит разумность его поведения и взаимоотношений с окружающими, социальная ценность и социальный статус индивида. Интеллект необходимо рассматривать как интегральную и высококодифференцированную способность к мышлению, как универсальную информационную деятельность мозга. Роль индивида и его достижения в социуме так же во многом коррелируется с уровнем интеллекта.

Цель исследования – определить основные аспекты, влияющие на интеллектуальные способности индивида

Материалы и методы исследования

Активная разработка и внедрение в практику тестов для измерения IQ ведется с конца 19 века. На данный момент существует множество вариаций этих тестов: вербальные и невербальные, индивидуальные и групповые, тесты интеллекта для специфических популяций. По результатам этих тестов делаются выводы о популяционном распределении IQ. Генетические факторы, унаследованные от родителей и есть тот потенциал, который является концептуальной основой развития интеллекта. От этих факторов зависит не только уровень IQ, но и вид интеллекта, к которому индивид будет более склонен. Будь то

математический, лингвистический или вербальный -это все предопределяет наша наследственность.

Результаты и их обсуждения

В ходе работы было проведено тестирование 43 студентов 3 курса стоматологического факультета. Все они в течении 30 минут выполняли тест Айзенка №5. На основании полученных данных было выделено следующее распределение: наибольшее количество студентов (88%) имеют уровень интеллекта, который варьирует в пределах от 90 до 110. Среднее значение уровня IQ ровняется 99,9%, что на 0,1% отличается от популяционного показателя. 3 студентов показали результаты в пределах 80-90 баллов, что граничит с легкой степенью умственной отсталости.

Выводы

На основе этих данных можно сделать вывод, о том, что уровень интеллектуального развития задан генетически и не зависит от образования, поскольку соответствует среднему популяционному распределению. Но свой вклад в развитие интеллекта так же вносят личные качества индивида- это сила воли, внешние данные, характер и целеустремленность. Представленные в исследовании данные можно использовать при последующем сравнительном анализе уровня интеллекта студентов медицинских вузов. Дальнейшие исследования в этом направлении могут быть направлены на установление оптимального уровня интеллекта для медицинского персонала, а также на разработку практических методов влияния на формирование уровня интеллекта у студентов медицинских вузов, а также у людей, уже проявившим себя в медицинской сфере.

Шестакова В.И., Паршукова А.И.

Курский Государственный Медицинский Университет

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МИКРОКРИСТАЛЛОВ СЛЮНЫ ЧЕЛОВЕКА

Вопрос этиологии стоматологических заболеваний являлся актуальным на протяжении всех этапов развития этого направления. Активно изучается взаимосвязь всех компонентов

полости рта, а так же взаимное влияние, оказываемое друг на друга этими компонентами. Слюна является важным показателем, отражающим общесоматическое состояние организма. Форма,

структура и состав кристаллов слюны подвержены значительным изменениям при нарушении работы какой-либо из систем организма. В свою очередь слюна способна оказывать влияние на морфологическое состояние зубочелюстной системы, в особенности, на распространение кариесогенной ситуации в полости рта. Именно поэтому активное изучение состава, свойств, структуры здоровой слюны является важным направлением развития диагностических возможностей в стоматологии.

Цель: изучение структуры и свойств слюны человека в норме и при патологии

Особенности строения микрокристаллограмм зависят от содержания органических и неорганических веществ, физико-химических показателей слюны, что напрямую зависит от общесо-

матического состояния. Микрокристаллы могут демонстрировать состояние обменных процессов, степень тяжести воспалительных заболеваний, отражать структурно-функциональный состав эмали, который напрямую влияет на кариесрезистентность зубов. Микрокристаллограммы можно рассматривать как достаточно простой, бюджетный, неинвазивный и информативный способ тестирования состояния организма в целом и зубочелюстной системы, в частности. Актуальным вопросом является разработка компьютерных систем анализа изображений микрокристаллов слюны. Полученные результаты и выводы могут активно внедряться в исследования современной стоматологии и другие отрасли медицины.

Шестопалов Д.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Цель исследования. Провести анализ и сравнение причин смертности больных туберкулезом, находившихся на лечении в легочно-хирургическом отделении Республиканской клинической туберкулезной больницы МЗ ДНР в 2015 и 2019 годах.

Материалы и методы. Исследованы посмертные эпикризы больных туберкулезом ($n = 64$). Выделены две группы больных: I группа – умершие в 2015 году 31 человек (из них мужчины – 33,3%, женщины – 66,7%). Возраст больных находился в интервале от 25 до 57 лет (средний возраст составил $37,44 \pm 6,44$), II группа – умершие в 2019 году – 33 человека (из них мужчины 76,9% и женщины – 23,1%). Возраст больных находился в интервале от 26 до 75 лет (средний возраст составил $42,88 \pm 11,96$). Посмертный эпикриз, оформляемый в случае смерти пациента в ЛХО РКТБ, относится к форме первичной учетной документации 003/у, утвержденной приказом МЗ Донецкой Народной Республики от 12.03.2015 № 312, и включает в себя следующую информацию: ФИО больного, домашний адрес, дата поступления в отделение и дата смерти, жалобы при поступлении, анамнез заболевания, лабораторные и инструментальные методы исследования проводившиеся больному, консультации узких специалистов, даты проводимых ЦВКК с заключением, лечение, в т.ч. хирургическое, основной и сопутствующий диагнозы. Госпитализацию в ЛХО РКТБ и хирургическое лечение осуществляли в соответствии с абсолютными,

относительными показаниями и в соответствии с использованием рекомендованных методов и технологий указанных в унифицированном клиническом протоколе медицинской помощи «ТУБЕРКУЛЕЗ», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 13 ноября 2016 года № 1191.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным при поступлении в ЛХО больные отмечали жалобы на кашель, одышку, повышение температуры тела, общую слабость, плохой аппетит, похудание. Жалобы на кашель в I группе отмечали 22 (81,5%) и во II группе 19 (73,1%; $p > 0,5$) больных, наличие одышки 24 (88,9%) и 18 (69,2%; $p > 0,5$), повышение температуры тела 22 (81,5%) и 16 (61,5%; $p < 0,5$), общую слабость 22 (81,5%) и 19 (73,1%; $p > 0,5$), плохой аппетит 14 (51,9%) и 8 (30,8%; $p < 0,5$), похудание 15 (55,6%) и 12 (46,2%; $p < 0,5$) больных, соответственно.

До госпитализации симптомы заболевания до 1 месяца в I группе возникли у 6 (22,2%) больных, во II группе у 3 (11,5%; $p < 0,5$), до 6 месяцев – 12 (44,4%) и 13 (48,%; $p > 0,5$), более 6 месяцев – 9 (33,3%) и 10 (37,0%; $p < 0,5$) больных, соответственно. Лечение антимикобактериальными препаратами широкого спектра действия до госпитализации получали в I группе 22 (81,5%) больных, во II – 21 (80,8%; $p > 0,5$). В отделении больные I и II групп обследованы: клиникорентгенологически, ЭКГ, ФВД и УЗИ органов брюшной полости по показаниям. Изменения на ЭКГ в I группе выявлены у 5 (18,5%) больных и

во II группе – 21 (80,8%; $p < 0,5$), изменения ФВД 8 (29,6%) и 6 (23,1%; $p > 0,5$), УЗИ ОБП 5 (18,5%) и 5 (19,2%; $p > 0,5$), соответственно. Сроки пребывания в отделении больных были следующие: до 1 месяца в I группе 20 (74,1%) и во II группе 19 (73,1%; $p > 0,5$), до 2 месяцев в I и II группах по 3 (11,1%; $p < 0,5$) больных и более 2 месяцев в I и II группах по 4 (14,8%; $p < 0,5$).

Распространенность ВИЧ-инфекции среди больных в I группе составила 70,4%, во II – 53,8% ($p < 0,5$) из них впервые диагноз был установлен у 15 (55,6%) и 9 (33,3%; $p < 0,5$). У 4 (14,8%) и у 5 (18,5%; $p < 0,5$), соответственно больных ВИЧ-инфекция была установлена ранее.

По типам случаев ТБ больные распределились следующим образом: ВДТБ в I группе 18 (66,7%) и II группе 17 (65,4%; $p < 0,5$) больных, ЛПП 0 (0%) и 1 (3,8%; $p < 0,5$), МРТБ 6 (22,2%) и 1 (3,8%; $p < 0,5$), РРТБ 1 (3,7%) и 2 (7,7%; $p < 0,5$), РТБ 2 (7,4%) и 5 (19,2%; $p < 0,5$) больных, соответственно.

По клиническим формам: диссеминированный туберкулез в I группе 14 (51,9%) и II группе 16 (61,5%; $p < 0,5$), инфильтративный туберкулез 9 (33,3%) и 5 (19,2%; $p < 0,5$), казеозная пневмония 0 и 1 (3,8%; $p < 0,5$), туберкулёмы 0 и 1 (3,8%; $p < 0,5$), фиброзно-кавернозный туберкулез 4 (14,8%) и 3 (11,5%; $p < 0,5$), соответственно.

По локализации процесса в легких в I и II группах: поражение правого легкого по 4 (14,8%; $p < 0,5$) больных, двухстороннее поражение легких по 22 (81,5%; $p > 0,5$) больных, поражение только левого легкого в I группе у 1 (3,7%) и II группе – 0 (0%; $p < 0,5$) больных.

Туберкулезный плеврит был установлен в I группе у 18 (66,7%) больных, во II группе – у 12 (46,2%) больных, в т.ч. левосторонний у 7 (25,9%) и 4 (15,4%; $p < 0,5$), правосторонний у 9 (33,3%) и 5 (19,2%; $p < 0,5$), двухсторонний у 2 (7,4%) и 3 (11,5%; $p < 0,5$) больных, соответственно.

Деструктивные процессы в легких были выявлены в I группе у 10 (37,0%) и во II группе у 14 (53,8%; $p < 0,5$). Бактериовыделение установлено из I группы у 14 (51,9%) и из II группы у 16 (61,5%; $p < 0,5$) больных, в т.ч. подтверждено бактериоскопией мазка мокроты с окраской по Цилю-Нильсену у 12 (44,4%) и 15 (57,7%; $p < 0,5$) и посевом на твердые питательные среды Левенштейна-Йенсена 8 (29,6%) и 8 (30,8%)

больных, соответственно. Гистологическое подтверждение туберкулеза в I группе было у 1 (3,7%) больного и во II группе у 3 (11,5%; $p < 0,5$) больных. В I группе резистентность МБТ к противотуберкулезным препаратам установлена у 6 (22,2%) больных, во II – у 7 (26,9%) ($p < 0,5$) больных. Спектр резистентности следующий: H и R в I группе 6 (22,20%) и во II группе 5 (19,20%) больных, Z – 2 (7,40%) и 2 (7,70%), E и Km – 3 (11,10%) и 2 (7,70%), S – 5 (18,50%) и 6 (23,10%), Sm и Lfx – 1 (3,70%) и 1 (3,80%), Mfx – 1 (3,70%) и 0 (0%), Et – 3 (11,10%) и 0 (0%; $p < 0,5$).

Все больные I и II групп получали этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение, больные с плевритами – хирургическое лечение (дренирование плевральной полости, плевральные пункции с удалением плеврального экссудата).

У больных за период лечения в отделении отмечались осложнения течения туберкулезного процесса, которые приводили к смерти больных: интоксикация в I группе у 9 (33,3%) и во II группе у 19 (73,1%; $p < 0,5$) больных, ЛСН у 26 (96,3%) и 25 (96,2%; $p > 0,5$), ДН у 17 (63,0%) и 3 (11,5%; $p < 0,5$), истощение, кахексия у 5 (18,5%) и 11 (42,3%; $p < 0,5$), отек легких у 4 (14,8%) и 9 (34,6%; $p < 0,5$), энцефаломенингит у 1 (3,7%) и 1 (3,8%; $p < 0,5$), легочное кровотечение у 1 (3,7%) и 2 (7,7%; $p < 0,5$) больных, соответственно. В I группе отмечались такие осложнения, как токсическая эпилепсия у 1 (3,7%; $p < 0,5$), пневмоцистная пневмония у 1 (3,7%; $p < 0,5$), токсическая энцефалополинейропатия у 1 (3,7%; $p < 0,5$), сердечно-сосудистая недостаточность у 1 (3,7%; $p < 0,5$) и эти осложнения не отмечались во II группе, но такие осложнения как отек мозга у 9 (34,6%; $p < 0,5$), желудочно-кишечное кровотечение у 1 (3,8%; $p < 0,5$), геморрагический шок у 1 (3,8%; $p < 0,5$), респираторный дистресс-синдром у 1 (3,8%; $p < 0,5$), почечная недостаточность у 2 (7,7%; $p < 0,5$), токсический гепатит у 2 (7,7%; $p < 0,5$), анемия у 2 (7,7%; $p < 0,5$), полиорганная недостаточность у 1 (3,8%; $p < 0,5$) больных отмечали только во II группе и не были выявлены в I группе.

Выводы. Основной причиной смертности больных туберкулезом в обеих группах была легочно-сердечная недостаточность, однако во II группе наблюдались более выраженные и тяжелые осложнения.

Шестопалова А.Д.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРИДУКТАЛЬНОМ МАСТИТЕ

Перидуктальный мастит (ПДМ), впервые описан Биркеттом в 1850 году как «патологическое состояние молочных протоков», представляет собой воспаление субареолярных протоков. Bloodgood описал дилатацию протоков и перидуктальное воспаление в 1921 году и обозначил заболевание как отдельную клиническую единицу через 2 года. В 1951 году Zuska et al. описали истинную природу этого состояния как свищ молочной железы, и с тех пор болезнь также называется болезнью Зуска. Этиология остается неясной. Одним из основных предрасполагающих факторов является закупорка молочного протока. Вторичная инфекция часто приводит к повреждению протоков и последующему разрыву с образованием абсцесса. Недавние исследования показали, что курение является еще одним важным фактором в этиологии. Предполагается, что он связан с прямым или косвенным повреждением субареолярных протоков, некрозом тканей и последующей инфекцией. Молочная железа концентрирует вещества из сигаретного дыма; котинин, производное никотина, имеет более высокие концентрации в субареолярных протоках, чем в плазме. Клинически, ПДМ может проявляться выделением из соска, втягиванием соска, субареолярным инфильтратом молочной железы (МЖ) с болью или без нее, периареолярным абсцессом или фистулой. Подкожный абсцесс в области ареолы обычно самопроизвольно опорожняется, а затем, по-видимому, исчезает и снова появляется. Эмпирическая антибиотикотерапия и широкое хирургическое иссечение являются основными методами лечения ПДМ. Тем не менее, состояние все еще может рецидивировать даже после антибиотикотерапии и операции. Частота рецидивов составляет от 4,3% до 28%. Учитывая разную степень тяжести, частота рецидивов может зависеть от различных методов

лечения. До сих пор нет ни одной принятой системы классификации.

Целью исследования было обозначить клинические признаки ПДМ и оценить результаты хирургических вмешательств у пациентов с ПДМ разного типа. Было проведено ретроспективное исследование на клинических базах ГОО ВПО ДОННМУ. Всего с 2017 года по 2019 год было обследовано 150 пациенток с диагнозом ПДМ. Все пациенты были прооперированы. Были собраны данные о клинических симптомах, лечении и исходах.

Средний возраст составлял $36 \pm 1,6$ лет. Субареолярный инфильтрат (98,0%) был наиболее частым симптомом. Также были выявлены гиперемия (41,2%), ретракция соска (36,7%), абсцесс (36,8%), изъязвление кожи (25,7%) и свищ (19,1%). 14 (9,2%) пациентов имели рецидив ПДМ при первой госпитализации. У 8 пациентов была пролактинома. 5 пациентов принимали антипсихотические препараты. Только 4 пациента курили. У 8 пациентов – подозрение на рак молочной железы до операции. Была предложена система классификации 5ти типов в соответствии с клиническими проявлениями. Проведена оценка операций в каждой категории. После 2 лет наблюдения у 11 (7,2%) пациентов получили рецидив, включая 2 случая ранее рецидивирующего ПДМ.

Выводы: перидуктальный мастит является доброкачественным заболеванием молочной железы неизвестной этиологии. Инфильтрат, абсцесс и свищ являются наиболее распространенными проявлениями заболевания. Широкое хирургическое иссечение, фистулэктомия и расширенное иссечение с перемещением кожно-железистого лоскута молочной железы являются эффективными хирургическими методами для различных типов перидуктального мастита.

Шеховцов Я.С., Карпенко Я.И., Клочков М.М.
Научный руководитель – Седаков И.Е.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького
Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР

ДЕЗАКТИВАЦИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ, КАК ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА

Введение. Несостоятельность анастомоза по-прежнему остается актуальной проблемой в хирургии рака прямой кишки. По данным разных авторов частота несостоятельности составляет от 5% до 21%. Одной из возможных причин является кишечная микробиота. Для профилактики несостоятельности анастомоза существует концепция периоперационной местной дезактивации.

Цель исследования. Изучить эффективность пероральной профилактики антибиотиками в отношении частоты несостоятельности анастомоза при хирургии рака прямой кишки.

Материал и методы. Был проведен систематический анализ 6-ти рандомизированных контролируемых исследований доступных на ресурсе PubMed, посвященных влиянию пероральной антибиотикопрофилактики на частоту несостоятельности анастомоза в колоректальной хирургии. В ходе работы были изучены результаты лечения 1872 пациентов. Дизайн исследования был сопоставим во всех проанализированных публикациях. Все пациенты были поделены на 3 группы: получавшие метронидазол в дозировке 400 + левофлоксацин 200 мг (группа МЛ) – 91, неомицин 1г + эритромицин 1 г/сут (группа ЭН) – 199, канамицин 0.5-1г + метронидазол 0.5-1г (группа КМ), с коррекцией на вес – 681. Все па-

циенты получали антибиотикопрофилактику с поправкой дозировки на вес за сутки до оперативного вмешательства с последующим назначением схемы антибиотикопрофилактики в послеоперационном периоде. Контрольная группа пациентов, которые не получали никакой профилактики, составила 901 (93,122,686) пациентов.

Результаты. Пациенты группы КМ получали канамицин в средней дозе $0.89 \pm 0,22$ г/сут, метронидазол – $0,7 \pm 0,17$ г/сут. Испытуемые группы ЭН и МЛ получали антибиотики в стандартных дозировках. Количество несостоятельств по группам составляло: МЛ – 0, КМ – 11, ЭН – 4, контрольная группа – 31 (2, 22, 8). Статистический анализ методом Х² позволил выявить, что частота несостоятельств в группах МЛ и ЭН была статистически значимо ниже, $p \leq 0.05$ и $p \leq 0.038$ соответственно. У пациентов, получавших антибиотикопрофилактику методом применения канамицина в комбинации с метронидазолом отсутствовала статистическая разница в частоте исследуемого осложнения ($p=0.056$).

Вывод. В данном анализе было продемонстрировано, что дооперационное назначение комбинаций вышеописанных схем антибиотиков позволяет эффективно снизить частоту несостоятельности анастомоза и затраты на лечение.

Шило К.А., Мишина К.А., Передрий М.С., Ильяшенко А.А., Бортникова А.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ПЕРЕКЛЮЧАЕМОСТИ ВНИМАНИЯ

Актуальность. Одной из важных проблем организации учебного процесса является вопрос о способностях психофизиологической адаптации студентов к условиям обучения. В связи с этим возникает необходимость исследования способности организма к саморегуляции физиологических процессов и когнитивных способностей обучающихся.

Цель. Выявить и описать взаимосвязь между

показателями вегетативной реактивности и переключаемости внимания у студентов второго курса в межсессионный период.

Материалы и методы. В ходе исследования приняли участие 52 испытуемых студента второго курса ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО. Среди них 75% – представители женского пола (39 человек), 25% – представители мужского пола (13 человек). Средний возраст составил $19 \pm 0,1$ лет

(Доверительный интервал (ДИ)) 95%: 18-20). Для исключения действия острого стрессового фактора в период вработывания, исследование проводилось в межсессионный период через 3 месяца после начала занятий. Для исследования функционально-динамического состояния вегетативного тонуса (по гемодинамическим показателям диастолического давления и частоты сердечных сокращений) была использована формула Кердо (ФК). Оценка переключаемости внимания осуществлялась с использованием корректурной пробы Бурдона. Показатели переключаемости соответствуют: в пределах от 0- 20 баллов – очень высокая, 21-40 баллов – высокая, 41-60 баллов – средняя, 61-80 баллов – низкая, 81-100 баллов – очень низкая. Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента Спирмена. Сравнения данных производилось с помощью W-критерия Вилкоксона, реализованного программой LibreOffice Calc 6.1, показатели считались достоверными на уровне значимости $p < 0,01$.

Результаты исследования. Средний показатель теста Бурдона составил 41 ± 4 (ДИ 95%: 30-49 баллов), что соответствует среднему уровню переключаемости внимания. Согласно результатам оценки функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС) с помощью ФК 52 испытуемых были разделены на три группы: у 20 человек (38%) зафиксировано преобладание тонуса парасимпатического отдела ВНС – «ваготоники», у 17 человек (33%) – тонус отделов вегетативной нервной системы примерно одинаков – «нормотоники», у 15 человек (29%) – преобладание тонуса симпатического отдела – «сим-

патикотоники». Средний показатель по тесту Бурдона у «ваготоников» составил $72,5 \pm 4$ (ДИ 95%: 50-76 баллов), у «нормотоников» $36 \pm 3,7$ (ДИ 95%: 30-42 баллов), у «симпатикотоников» $15 \pm 2,65$ (ДИ 95%: 11-20 баллов). Гендерные различия не являются статистически значимыми ($p = 0,1$).

Наилучшие показатели переключаемости внимания наблюдались у «симпатикотоников». Центральные тенденции отличаются на уровне значимости $p < 0,001$. Прослеживается сильная отрицательная корреляционная связь между преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и показателями теста Бурдона на основании корреляционного анализа Спирмена ($R = -0,876$).

Выводы. В условиях высоких требований к эффективной интеллектуальной деятельности легче адаптируются к динамичному учебному процессу студенты с достаточным уровнем переключаемости внимания. Обнаружена взаимосвязь между тонусом вегетативной нервной системы, обеспечивающей регуляторные процессы организма и когнитивными способностями. У «симпатотоников», очевидно, более интенсивна стимуляция задних отделов гипоталамуса locus caeruleus (голубого пятна), обеспечивающих психическую, физическую, поведенческую деятельности и процессы адаптации. Студенты – «ваготоники» могут испытывать сложности с адаптацией к учебному процессу и требовать большего внимания к психофизиологическому состоянию и контролю напряженности физиологических процессов.

Ширина Т.В., Ершова И.Б.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ В СТРЕССОВЫХ УСЛОВИЯХ

Стресс – это естественная физиологическая реакция, которая сопровождает нервное напряжение с первых дней жизни человека. Уже с рождения дети подвержены влиянию негативных эмоций не меньше, чем взрослые. Стрессовую реакцию может вызвать длительная разлука с матерью, болезнь, изменения в ежедневном распорядке, стресс родителей. Далеко не все дети подвергающиеся стрессу в одних и тех же ситуациях одинаково реагируют на эмоциональное напряжение. Полностью уберечь ребенка

от всех трудностей невозможно, однако помочь справиться с нервным напряжением задача каждого родителя.

Цель исследования: изучение развития функции поведения у детей раннего возраста, находившихся в стрессовых условиях.

Материалы и методы: Проведено динамическое клиническое обследование с оценкой развития поведения 68 детей, находящихся в стрессогенной ситуации. Из них: 32 ребенка, находящихся на естественном вскармливании, соста-

вивших Ia (основную) группу детей, а также 36 детей, находящихся на искусственном вскармливании, составивших группу сопоставления Ib.

II (контрольную) группу составили 88 детей, находящиеся в обычных условиях. Из них 47 детей находились на грудном вскармливании, которые вошли в подгруппу IIa и 41 ребенок, находящиеся на искусственном вскармливании, вошедшие в подгруппу IIb.

Оценку уровня развития поведенческой функции у детей проводили с помощью стандартизированной клинико-психологической методики «Гном».

Основным проявлением стресса у ребенка является резкое изменение его поведения. Некоторые малыши могут вести себя как младенцы: начинают сосать палец, мочатся в постель. Дети постарше становятся замкнутыми и молчаливыми, избегают общения со сверстниками и взрослыми. Стрессы могут проявляться в частых перепадах настроения, вспышках детской агрессии, потере контроля над своим поведением. Признаком стресса является судорожный тик: дерганье отдельных мышц, частое глотание, наматывание

на палец пряди волос и т. д. На фоне стресса у ребенка может развиваться повышенная утомляемость, тошнота и психосоматические расстройства. Стресс у ребенка является реакцией на то, с чем малыш в силу отсутствия опыта не может справиться. Механизм детского стресса запускает вторжение в жизнь ребенка чего-то незнакомого и неприятного, что может преследовать его в виде детских страхов или воспоминаний.

Выводы: На развитие поведенческих функций детей грудного и раннего возраста влияют, как окружающие стрессовые условия, так и характер вскармливания. Уровень сформированности данных функций у детей, находящихся на искусственном вскармливании и в условиях стресса был самым низким. Наибольшей задержке у детей этой группы, подвергались показатели социального развития. Из биологических показателей наиболее страдали функции, связанные с пищевым поведением. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании в стрессовых условиях в грудном и раннем возрасте нуждаются в реабилитационных мероприятиях.

Ширшов И.В., Васильев А.А., Якубенко Е.Д., Коктышев И.В., Смирнов Н.Л., Ельский И.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФИЦИРОВАННЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Введение. В последние годы число больных с острым панкреатитом непрерывно увеличивается. Послеоперационная летальность остается высокой и достигает 13-35% при инфицированных формах. Изучение особенностей эндогенной интоксикации у данной категории больных позволит выявить новые маркеры вероятности летального исхода и своевременно прогнозировать инфицирование, влияющее на хирургическую тактику и исход заболевания.

Цель исследования. Изучение особенностей показателей системного гомеостаза у больных острым инфицированным некротическим панкреатитом (ОИНП) на этапах лечения в зависимости от исхода (выжил/умер).

Материалы и методы. С 2012 по 2017 гг. изучены показатели системного гомеостаза (сиаловые кислоты, серомукоиды, С – реактивный белок, молекулы средней массы, окисленные модифицированные белки, метаболиты оксида азота) на этапах лечения: (до начала оператив-

ного лечения, на 1-3, 7-10, 12-15, 20-25 сутки после оперативного вмешательства) у 44 больных ОИНП, находившихся на лечении в клинике хирургии и эндоскопии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в возрасте от 18 до 80 лет, из них 33 мужчин и 11 женщин. С отграниченными инфицированными жидкостными скоплениями (ОИЖС) было 19 больных, с неотграниченными инфицированными жидкостными скоплениями (НОИЖС) – 25 больных. Пациентам выполнены следующие оперативные пособия: мининвазивные дренирующие операции (МИДО) – 8 больным, люмботомия – 4 пациентам, лапаротомия – 7 больным, их сочетания на этапах лечения – 25 пациентам. У больных ОИНП применяли многоэтапное хирургическое лечение. На первом этапе, при диагностике очага инфицирования, выполняли МИДО или дренирование инфицированного коллектора путем люмботомии с последующей вакуум-аспирационной терапией (ВАТ). Из 44 пациентов после операции

умерли 6 (13,6%) человек. Причинами смерти у всех пациентов явились НО ИЖС, сепсис и полиорганная недостаточность. Все пациенты с О ИЖС выжили.

Результаты. Из всех изученных в динамике показателей гомеостаза у пациентов обеих групп статистически значимые различия уровней в зависимости от исхода заболевания (выжил/умер) выявлены только у СРБ и МСМ (238, 254, 260, 280 нм), причем до начала хирургического лечения. До начала хирургического лечения отмечены достоверные различия между группами по содержанию СРБ: исходные показатели у умерших пациентов в 2,4 раза были выше ($p = 0,028$), чем у выживших пациентов. Концентрация СРБ в сыворотке крови умерших больных была повышена в среднем в 25 раз до начала хирургического лечения, а у выживших пациентов – в 10 раз. Исходные показатели МСМ 238 нм у умерших больных были выше таковых у выживших пациентов на 24% ($p = 0,012$), МСМ 254 нм – на 55% ($p = 0,011$), МСМ 260 нм – на 65%

($p = 0,013$), МСМ 280 нм – на 63% ($p = 0,021$). В среднем концентрация МСМ 238 нм до начала хирургического лечения у выживших пациентов превышала верхнюю границу референтных значений на 39%, МСМ 254 нм – на 50%, МСМ 260 нм – на 14%, МСМ 280 нм – на 27%. У умерших пациентов в среднем уровень МСМ 238 нм до начала хирургического лечения превышал верхнюю границу нормы в 1,7 раз, МСМ 254 нм – 2,3 раза, МСМ 260 нм – в 1,9 раза и МСМ 280 нм – в 2 раза. Таким образом, содержание фракций МСМ (238, 254, 260, 280 нм) в сыворотке крови до начала хирургического лечения в среднем были повышены в 2 раза у умерших пациентов, и в 1,3 раза – у выживших.

Выводы. Повышение исходных концентраций СРБ и МСМ (238, 254, 260, 280 нм) в сыворотке крови больных ОИИП до начала хирургического лечения в 25 раз и в 2 раза, соответственно, являются прогностическими критериями летального исхода.

Шокоцько Л.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ РУССКИХ ПИСАТЕЛЕЙ

Основные принципы медицинской этики сформулировал ещё Гиппократ. Но даже сейчас многие её вопросы не теряют актуальности: насколько врач может быть откровенным с больными, допустима ли эвтаназия, эксперименты над людьми во имя науки, имеет ли врач право на убийство, самоубийство и т.д.

К теме возможного и невозможного, допустимого и недопустимого в медицине обращались многие русские писатели: В.И. Даль, А.П. Чехов, В.В. Вересаев, М.А. Булгаков, Н.М. Амосов, В.П. Аксёнов, Ю. Герман и другие. Они создали целую галерею образов врачей, у которых профессиональные качества сочетаются с высокими нравственными принципами. Таковы профессор Преображенский и доктор Борменталь («Собачье сердце»), Владимир Бомгард («Записки юного врача»), врач Владимир Устищенко («Дело, которому ты служишь»), хирург Аржанов («Дерзание»), доктор Левин («Подполковник медицинской службы») и многие, многие другие...

Но наиболее интересны произведения, написанные теми, кто не понаслышке знает о том, с чем сталкиваются медики, особенно в начале карьеры: тяжесть работы, груз ответственности,

трудности, доводившие до отчаяния, несоответствие того, чему их обучали в институте, тому, что происходило в реальной жизни. Поэтому мы с особым интересом читаем повести, рассказы В.П. Аксёнова, А.П. Чехова, В.В. Вересаева. В «Записках врача» В.В. Вересаев поднимает и по сей день актуальные, в первую очередь морально-этические темы: врачебные ошибки, опыты над живыми людьми, новые лекарства и методы лечения, вопросы врачебной тайны, материальное положение врачей, проблемы медицинского образования, доступность лечения и др. «...Оказывалось, что медицина есть наука о лечении одних лишь богатых и свободных людей. По отношению ко всем остальным она являлась лишь теоретической наукой о том, как можно было бы вылечить их, если бы они были богаты и свободны», – с горечью констатировал писатель.

Одна из глав его книги посвящена медицинским экспериментам на людях, которые были в те годы весьма далеки от современных этических стандартов. Изучая вопросы прививаемости рака, заразительности пятнистого тифа, сифилиса, медики ставили эксперименты над больными и здоровыми людьми, не заботясь о

дальнейшей судьбе подопытных. Но ещё более пугающим, чем «сотня-другая врачей, видящих в больных людях лишь объекты для своих опытов», для будущего писателя стало то спокойствие, с каким воспринимались эти чудовищные эксперименты. «Где выход? Где граница допустимого?» – спрашивал он. И сам отвечал: «Я не знаю». Вересаев отвергал эксперименты якобы «в интересах общественного блага» над «бесполезными членами общества», «старухами-процентщицами», «идиотами» и «отсталыми и социально чуждыми элементами». Не случайно Сталинскую премию писатель получил в 1943 году, в разгар борьбы с экспериментами нацистов.

Антиподом и герою вересаевских «Записок», и Антону Павловичу Чехову, автору рассказа

«Ионыч», является его персонаж доктор Старцев. Молодой, энергичный врач, любящий свою профессию, отдающий работе всё свое время, стремящийся к каким-то идеалам, медленно, но верно стал превращаться в рядового жителя провинциального городка, единственной целью которого стало обогащение.

Независимо друг от друга и Вересаев, и Чехов приходят к убеждению, что проблема заключается не в отдельной личности, а в тех условиях, в которых находятся люди, в обществе, которое их окружает. Для их спасения необходимо «прежде всего бороться за устранение тех условий, которые делают молодых стариками», которые фактически сокращают и без того короткую человеческую жизнь. Только тогда люди станут здоровыми и счастливыми.

Шпаков Е.И.¹, Карпенко Я.И.¹, Петренко А.С.², Макогон В.Д.²

¹Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР

²ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

ВЛИЯНИЕ АДЪЮВАНТОВ НА КАЧЕСТВО ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Цель исследования: Оценить и сравнить продолжительность послеоперационной анальгезии, сенсорного и моторного блока при использовании дексмететомидина и морфина как адъювантов к местным анестетикам при эпидуральной анестезии.

Материалы и методы: Был проведен систематический анализ 6 исследований, доступных на ресурсах PubMed, посвященных сравнению использования дексмететомидина и морфина как адъювантов при эпидуральной анестезии. В ходе работы были изучены результаты лечения 418 пациентов. Распределение по изучаемым группам выглядело следующим образом: дексмететомидин – 171 морфин – 247. На этапе премедикации пациенты группы дексмететомидина (группа Д) получали эпидуральную нагрузку в дозе 0,5 мкг/кг, за которой последовало непрерывное эпидуральное введение 80 мкг препарата, растворенного в 240 мл 0,125% левобупивакаина, со скоростью 5 мл/ч в течение 48 часов. Пациенты группы морфина (группа М) получали эпидуральную нагрузку в дозе 0,03 мг/кг, за которой последовало непрерывное эпидуральное введение 5 мг препарата, растворенного в 240 мл 0,125% левобупивакаина, со скоростью 5 мл/ч в течение 48 часов. Оценка результатов проводилась по данным измерения предоперационного пульса (ПП), артериального давления (сАД), сатурации O₂. Так же оценивалась интен-

сивность болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы (VAS). Характер анестезии оценивался как удовлетворительный при достижении полного сенсорного блока до уровня Th12-L1. Помимо характера, оценивалась длительность развития нейроаксиальной блокады. В послеоперационном периоде, когда оценка по шкале VAS регистрировалась 4 балла и более, и пациенту требовалось обезболивание, проводилась дополнительная анальгезия путем введения 30 мг декскетопрофена внутривенно. В послеоперационном периоде, когда оценка по шкале VAS регистрировалась 4 балла и более, и пациенту требовалось обезболивание, проводилась дополнительная анальгезия путем введения 30 мг декскетопрофена внутривенно.

Результаты: Общая средняя дозировка дексмететомидина, введенного интратекально, составила 39±10,7 мкг/ч, морфина – 2,5±0,4 мг/ч. Результаты показали статистически значимые различия между двумя группами, по времени развития и продолжительности моторного и сенсорного блока. В группе Д сенсорный блок до уровня Th12 наступал в течение 18,8±0,6 мин., в группе М – 27,7±0,7 мин. (P<0,001); Моторный блок: В группе Д 24,5±0,9 мин., в группе М – 34,6±0,7 мин. (P<0,001). В группе дексмететомидина продолжительность блока была больше, чем в группе морфина. Время продолжительности сенсорного блока в группе

Д (255.2 ± 6.22 мин.), в группе М (219.4 ± 7.7 мин.) ($p < 0,001$). Полная регрессия моторного блока так же была длинее в группе Д (266.9 ± 5.9 мин.), чем в группе М (237.8 ± 4.0 мин.) ($p < 0,001$). Оба адьюванта улучшали параметры послеоперационной анальгезии, однако дексметомидин был статистически значимо более эффективным, чем морфин, исходя из оценки по шкале VAS: в группе Д – 2.7 ± 0.8 , в группе М – $4,2 \pm 1,2$ ($P < 0.0001$).

Шпулина О.А., Соловьева В.А., Соколова С.Ю.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ВЛИЯНИЕ ПЛОМБ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ И МИНЕРАЛИЗУЮЩИЕ СВОЙСТВА СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА

Провести сравнительную оценку влияния стеклоиономерных цементов (СИЦ) на скорость слюноотделения, рН и вязкость ротовой жидкости, буферную емкость, минерализующий потенциал и характер микрокристаллизации слюны у детей с острым множественным кариесом временных зубов в сравнении с композиционными материалами.

Обследовано и пролечено по поводу острого множественного кариеса 48 детей в возрасте 4-6 лет. Обследуемые были разделены на две группы в соответствии с двумя используемыми видами пломбировочных материалов – СИЦ VITREMER (3M ESPE, США) и композит светового отверждения Filtek Ultimate и Filtek Ultimate Flow (3M ESPE, США). До лечения и через 3 месяца после санации проведена оценка следующих показателей: гигиенический индекс Федорова-Володкиной; интенсивность кариеса (при помощи индекса кп зубов и полостей); скорость нестимулированного слюноотделения, рН (с помощью мини-рН-метра IQ-125), вязкость (по методике Т.Л. Рединовой) и буферную емкость (с помощью тест-полосок «Saliva-Check Buffer»), характер микрокристаллизации слюны (МКС) по методу Мороз и Каликштейна и минерализующий потенциал смешанной слюны (МПС) по Пузиковой.

Гигиенический индекс в обеих группах детей был примерно одинаков и составил в среднем $2,12 \pm 0,06$ (неудовлетворительная гигиена). Индекс интенсивности кариеса у всех обследуемых детей так же практически не отличался и составил в среднем $10,2 \pm 0,85$. Установлено, что рН ротовой жидкости нормализовался после санации полости рта с использованием СИЦ и

Выводы: В этом исследовании было установлено, что дексметомидин по сравнению с морфином, в качестве адьюванта к местным анестетикам при эпидуральной анестезии, приводил к более короткому времени достижения сенсорного и моторного блока, улучшал длительность и качество послеоперационной анальгезии.

составил $7,03 \pm 0,07$, что соответствует нормальному уровню рН. В это же время использование композиционного материала так же привело к повышению рН, но при этом он остался на уровне достоверно ниже, чем при использовании СИЦ и составил $6,32 \pm 0,09$. При использовании СИЦ у детей с острым множественным кариесом во временных зубах было отмечено достоверное снижение вязкости ротовой жидкости по сравнению с композитными материалами (на 21%) и по отношению с исходными данными до лечения (на 34%). Практически у всех детей после санации, независимо от выбранного пломбировочного материала, наблюдалось некоторое улучшение буферной емкости слюны. Изучение показателей слюны до лечения показало, что у детей с декомпенсированным течением кариеса во временных зубах – I (оптимальный) тип МКС не определен ни у одного ребенка, а в 90% случаев определялся III тип МКС, что подтверждает недостаточный уровень насыщенности смещенной слюны минеральными компонентами. Среднее значение МПС у детей с декомпенсированным течением кариеса до лечения составило $1,73 \pm 0,15$, что соответствовало низкому типу минерализации. В результате исследования установлено, что использование СИЦ у детей с острым множественным кариесом позволило улучшить МКС – I тип кристаллизации слюны в этой группе детей определялся у 49% детей, II тип – у 43% детей и III типа – только у 8% детей. Более скромные результаты наблюдаются у детей с использованием композиционного материала, где преобладающее число детей имели II тип МКС (66%), III тип МКС (15%), при этом I тип определялся только у 19% детей. Так

же установлено, что спустя три месяца после лечения острого множественного кариеса временных зубов использование СИЦ эффективнее увеличило МПС в сравнении с композиционными материалами, о чем указывает достоверная разница в анализируемом показателе – $3,53 \pm 0,26$ у СИЦ и $2,56 \pm 0,13$ у композита.

Таким образом, проведенное исследование доказывает значительное положительное влия-

ние СИЦ на нормализацию физико-химических и минерализующих свойств ротовой жидкости, что указывает на высокую значимость выбора пломбирочного материала для планирования соответствующих профилактических и лечебных мероприятий, особенно у детей с острым множественным кариесом в период временного прикуса.

Штутин А.А., Жилицын Е.В., Чуйко А.В., Коваленко Е.В.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ

Целью исследования являлся анализ динамики болевого синдрома у детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков (КПТП) в зависимости от объема лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования. Проведен анализ материалов наблюдения и лечения 43 подростков в возрасте от 11 до 17 лет с КПТП. Мальчиков было 23 (53,5%), девочек – 20 (46,5%). Средний возраст составил $12,6 \pm 2,4$ года. В зависимости от характера лечебно-реабилитационных мероприятий больные были ретроспективно разделены на две группы. В первую группу ($n=21$) включали пациентов, лечение которых осуществляли согласно стандартному протоколу функционального лечения. Вторую группу составили 22 пациента, которым проводили модифицированное физиофункциональное лечение в остром периоде травмы с последующим индивидуальным ортезированием и гидрокинезотерапией. Группы не различались по демографическим показателям, а так же общей характеристике повреждений. Бытовые травмы в виде падения с высоты собственного роста имели место у 68,4% пациентов. Множественные КПТП преобладали в обеих группах – $2,5 \pm 0,5$ поврежденных позвонков на 1 больного. Наибольшее число переломов в обеих группах приходится на грудной отдел позвоночника – 42 (72,4%) в первой и 41 (83,7%) – во второй. При поступлении все больные подвергались стандартному клинорентгенологическому обследованию. Окончательный диагноз устанавливался по результатам магнитно-резонансной то-

мографии (МРТ). Средние сроки стационарного лечения в группах не различались и составляли от 21 до 28 суток ($23,2 \pm 3,4$). Оценка характера и интенсивности болевого синдрома проводилась на основании визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) в остром периоде (1-3 сутки от момента госпитализации), через 14 суток, перед выпиской из стационара (21-28 суток), спустя 3 и 6 месяцев от момента травмы. Изучали показатели боли в покое и при движениях (провоцируемая болезненность), а так же показатели максимальной и минимальной боли в течение суток.

Результаты. Установлено снижение уровня интенсивности боли от умеренной при поступлении до слабой к моменту выписки. Выявлено значимое различие в показателях интенсивности спровоцированной боли в сравниваемых группах, начиная с 3-4 недели после травмы, что на наш взгляд может быть обусловлено более интенсивным восстановлением «мышечного корсета» при использовании модифицированной тактики лечения. Наиболее значимые различия в выраженности болевого синдрома наблюдаются в период от 3 до 6 месяцев от момента травмы. При этом они наиболее выражены для показателей спровоцированной и максимальной боли, что непосредственно связано с уровнем активности мышц спины, брюшного пресса и нижних конечностей.

Заключение. Модифицированная лечебная тактика позволяет оптимизировать динамику болевого синдрома и улучшить результаты лечения детей с КПТП.

Штутин А.А., Штутин И.А.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР,
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ ГЛУБОКИХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ СУРАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ ГОЛЕНИ

Цель: анализ особенностей применения сурального лоскута на периферической ножке для пластического закрытия глубоких дефектов мягких тканей дистальных отделов нижней конечности.

Материал и методы исследования. Анатомическое исследование особенностей ангиоархитектоники сурального лоскута голени проведено на 15 свежих препаратах голени взрослых лиц обоюбого пола (мужчин – 12, женщин – 3) в условиях Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы с соблюдением биоэтических требований. Выполняли препаровку сурального лоскута, диссекцию поверхностной суральной артерии и перфорантных сосудов из бассейна малоберцовой артерии на протяжении дистальной половины сегмента, малой подкожной вены голени на протяжении. Для визуализации и измерений изучаемых сосудов производили их наливку 6% тушь-желатиновой смесью, подогретой до 45°C. Моделировали транспозицию лоскута и определяли, возникающие при этом, изменения конфигурации и диаметра питающих сосудов. В клинической части работы проведен анализ 21 клинического наблюдения пластики глубоких раневых дефектов нижней конечности суральным лоскутом на периферической ножке. Мужчин было 19 (90,5%), женщин – 2 (9,5%). Средний возраст больных составил 39,6±4,7 (18 – 58) лет. Причинами формирования дефекта являлись: высокоэнергетические механические травмы – 8 (38,1%), огнестрельные взрывные ранения – 9 (42,9%), осложнения накостного остеосинтеза – 2 (9,5%), осложнения шва Ахиллова сухожилия – 2 (9,5%). По локализации дефекта пациенты распределились следующим образом: дистальная треть голени (передние 2/3 окружности) – 9 (42,9%), голеностопный сустав – 4 (19,0%), область Ахиллова сухожилия – 2

(9,5%), пяточная область (задняя и подошвенная поверхность) – 4 (19,0%), средний и передний отдел стопы – 2 (9,5%). Переломы имели место в 16 (76,2%) наблюдениях. В зависимости от метода формирования ножки лоскута и способа его перемещения все наблюдения были разделены на две группы: контрольная, в которой использовали традиционную технику формирования фасциально-жировой ножки с подкожным проведением лоскута в реципиентную зону – 9 наблюдений; исследуемая, в которой применяли модифицированную технику формирования удлиненной кожно-фасциальной ножки и проводили лоскут через открытый доступ – 12 наблюдений.

Результаты. Установлено, что основным источником артериального притока в суральном лоскуте являются перфорантные артерии из бассейна малоберцовой артерии, которые могут быть представлены одиночным перфорантом (3 наблюдения – 20%) или множественными – 12 (80%) наблюдений. Венозный отток обеспечивается преимущественно малой подкожной веной голени. Поворот лоскута более 145° приводит к ее сужению на 75%, что может иметь критическое значение при дополнительной наружной компрессии. Сравнительный анализ клинических результатов показал, что в контрольной группе явления венозной недостаточности выявлялись на 2-3 сутки послеоперационного периода у 4 (44,4%) пациентов, в 1 наблюдении развился субтотальный некроз лоскута. Во второй группе венозный застой отмечен у 2 (16,7%) пациентов, у одного из которых (8,3%) развился краевой некроз.

Заключение. Использование удлиненной кожно-фасциальной ножки лоскута позволяет уменьшить риск возможных осложнений и улучшить результаты оперативного лечения.

Шульдишова А.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»

ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ ТЕКСТ В КУРСАХ РКИ И КУЛЬТУРЫ РУССКОЙ РЕЧИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

При восприятии художественных произведений часто трудно уяснить семантику архаизмов, малоупотребительных слов, авторских неологизмов и устойчивых сочетаний. А иностранец, даже хорошо владеющий языком будет воспринимать произведение скорее в буквальном смысле, чем в полноте заложенных в нём смыслов и подтекстов, потому что «языком искусства является язык образов, а образы складываются в читательском восприятии тогда, когда прочтение текста выходит за пределы буквализма» [1, с. 54].

Конкретную работу над литературно-художественными текстами после формирования «ориентировочной основы деятельности» мы традиционно начинаем с семантизации лексики, а для полного понимания произведений, кроме лексическо-семантического толкования даём «входные» литературоведческие комментарии.

Чтобы заинтересовать студентов процессом чтения, им предлагается комментированное осмысление сюжета (поведение персонажей, события, происходящие в произведении, раскрытие образов). Такое чтение, как показывает практика, мотивирует их к высказыванию собственного мнения. Даже слабые студенты пытаются интерпретировать художественный образ, основанный на собственных ощущениях, делают выводы из прочитанного.

Иностранному, да, к сожалению, часто и отечественному студенту практически неизвестно творчество русских писателей. Для усиления мотивации на занятиях языком и русской культурой студентам-медикам предлагаются для чтения рассказы Чехова, тематически связанные с медициной.

По мнению чеховедов, медицина как сфера жизнедеятельности была чрезвычайно значима для творчества писателя. В значительной части произведений А.П. Чехов создал своё уникальное художественное «микрополе» медицина. В его составе достаточно внушительный набор образов медицинских работников (в текстах писателя зафиксировано 386 случаев обращения к образу врача [2, с. 240]). В нём образ медика

(доктора) получает разнообразные и оригинальные облики. Для наглядности и повышения заинтересованности, при изложении литературоведческих сведений можно представить фрагменты юмористических рассказов о медицине. Студентам-медикам на предтекстовом этапе предлагается целый ряд медицинских микроконтекстов с разнотональными содержательными акцентами (медицинская терминология: названия болезней, процедур, инструментов; научные сведения об этиологии и диагнозах болезни, терапия, проблемы нравственности: профессиональная этика, деонтология, связь болезни с психическим состоянием пациента, внутреннее состояние (мир) больного; литературоведческие понятия: образы врачей и пациентов, вопросы стилистики и поэтики). После чтения, как правило, коротких текстов, посвящённых кругу тем, связанных с медициной, студентам предлагаются упражнения на развитие монологической и диалогической речи, обучение элементам дискуссии. При этом в упражнениях и заданиях важно учитывать будущую профессию студентов, что значительно повышает мотивацию и уровень их заинтересованности материалом. Рассказы о медицине складывались под влиянием непосредственных впечатлений писателя-врача. Поэтому важное место в анализе произведения, с нашей точки зрения, занимают лексико-стилистические средства «реализации» медицинской тематики, включая свойства художественной речи, характерные для жанра, и манеры использования образов медицины.

Тема медицины фигурирует во многих произведениях Чехова-врача. Студентам можно предложить несколько коротких весёлых сценок, опубликованных в разное время творчества писателя. А неповторимое чувство юмора писателя предоставляет возможность посмотреть на описываемое с иной, иронической точки зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лингвострановедение и текст : сборник статей / Сост. Е.М. Верещагин, В.Г. Костомаров – М. : Русский язык, 1987. – С. 54.
2. Громов, М.П. Книга о Чехове. – М., 1989 – С. 240.

Щербинин А.В., Лепихов И.П., Щербинин А.А., Лепихов П.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Острый аппендицит остается самым распространённым хирургическим заболеванием (3-6 случаев на 100 детей), и обуславливает около 50% всех обращений к детскому хирургу. Несмотря на распространённость сохраняется достаточно высокий процент диагностических ошибок при данной патологии (до 5%). Одним из перспективных направлений по улучшению диагностики – применение ультразвукового обследования (УЗИ) брюшной полости.

Целью нашего исследования является определение эффективности ультразвукового исследования в диагностике острого аппендицита.

Материалы и методы: Нами были изучены 274 истории болезни пациентов находившихся на лечении в отделении экстренной и неотложной хирургии в 2019 год. По возрастным группам больные распределились следующим образом: 3-7 лет- 31% детей, 8-12 лет – 47%, 13-18 лет 22% пациентов. Среди них девочек было 55%, а мальчиков 45%. Качество применения метода оценивалась следующими показателями: чувствительность, специфичность, общая точность.

Результаты: Среди 274 детей с болевым абдоминальным синдромом было проведено 97 (35,4%) пациентам ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства. Следует отметить, что сонографическое исследование, как дополнительный метод применяется в сомнительных и сложных для диагностики случаях. 177 детям (64,6%) не проводилось ультразвуковое исследование брюшной полости и червеобразного отростка ввиду того что в ходе динамического наблюдения диагноз

острый аппендицит был исключен, либо диагноз острого аппендицита не вызывал сомнения. УЗИ позволяет разрешить диагностические сомнения при подозрении на аппендикулярный инфильтрат.

Изучив показатели информативности метода мы получили следующие цифры: чувствительность- 45%, специфичность-77%, общая точность- 85%. По данным мировой литературы чувствительность УЗИ метода в выявлении аппендицита 76%, специфичность 89%, точность 83%. Более низкую чувствительность в нашем случае можно объяснить тем фактом, что УЗИ является операторзависимым методом.

Такие характеристики УЗИ червеобразного отростка, как неинвазивность, достаточная информативность, низкая стоимость и возможность выполнения исследования в динамике при отсутствии лучевой нагрузки на пациента и персонал дают неоспоримые преимущества перед остальными методами дообследования.

Выводы. На сегодняшний день УЗИ прочно зарекомендовало себя в широкой клинической практике при исследовании больных с острой абдоминальной болью. Применение ультразвукового исследования у больных в неясных случаях при остром аппендиците способствует рациональному дообследованию.

Главным недостатком УЗИ как метода дополнительной диагностики является его зависимость от особенностей пациента и опыта обследующего врача. УЗИ червеобразного отростка является достаточно эффективным методом диагностики с высокой специфичностью и общей точностью.

Щербинин А.В., Бессонова А.Д., Щербинин А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ЛЕТНЕЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ

Летняя производственная практика у студентов медицинских вузов направлена на практическую реализацию знаний и умений, полученных в процессе обучения соответствующих дисциплин

за истекший год. В этот период времени у студентов есть возможность проработать самостоятельно в реальных условиях все навыки, с алгоритмами которых они уже знакомы. Это

помогает в полной мере оценить роль теоретической базы, когда необходимое оборудование и порядок действий строго фиксирован и вероятность допущения ошибки сводится к минимуму.

Сотрудникам вуза, как руководителям этого процесса, важно дать студентам (особенно младших курсов) этот вектор движения, соединяющий теоретические знания с их реализацией в практической деятельности. Ведь в конечном итоге именно так и действует врач на современном этапе развития медицины: уверенная теоретическая база должна являться основой практической деятельности. У каждого действия должен быть ответ не только на вопрос 'как?' но и 'почему?', 'зачем?'.

На базе кафедры детской хирургии и анестезиологии ГОУ ВПО ДОННМУ им. М.Горького производственную летнюю практику хирургического профиля проходят студенты педиатрического факультета 1, 2 и 3 курсов по специальностям «Помощник младшего медицинского персонала», «Помощник палатной медицинской сестры», «Помощник процедурной медицинской сестры» соответственно.

Для многих ребят это первая возможность увидеть будущих пациентов и их родителей в реальных условиях. Не просто группы детей различного возраста, что само по себе является новым для студентов, а пациентов в разгар болезни, в некоторых случаях крайне тяжёлой. Переосмыслить или заново вспомнить понятия этики и деонтологии, тренировать свои социальные навыки при общении с пациентами и их родителями в кризисных ситуациях, получить первый опыт работы в медицинской сфере и просто коллективе. Понять, что для качественного оказания медицинской помощи на каждом этапе должны соблюдаться правила и нормы, предписанные должностями.

По истечению практики некоторые студенты принимают решение остаться работать в отделениях, где проходили летнюю производственную практику и продолжать изучать специфику работы в данном стационаре, понимая, что еще многому можно научиться в процессе работы за более продолжительный срок. По нашему мнению, все эти аспекты и есть самый важный вклад летней производственной практики в систему обучения студентов медицинского вуза.

Щербинин А.В., Некрасов А.Д., Анастасов А.Г., Сушков Н.Т.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецка

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЁННЫХ

В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за период с 2011 по 2020 годы включительно находилось на лечении 45 пациента с атрезией пищевода и различными вариантами трахеопищеводных свищей. Из них мальчиков было 28 (62, 2%), девочек 17 (38,8%).

Атрезия пищевода сочеталась с нижним трахеопищеводным свищом у 40 пациентов (90%), с верхним трахеопищеводным свищом у 2 пациентов (4,4%), с верхним и нижним трахеопищеводным свищом у 2 пациентов (4,4%). У 1 ребёнка (2,2%) отмечалась атрезия пищевода без трахеопищеводных свищей.

Все дети с атрезией пищевода оперированы в 1-е сутки жизни, после проведения соответствующей предоперационной подготовки. Производилась торакотомия справа, ревизия пищевода, перевязка трахеопищеводных свищей. 37 паци-

ентам (82%) произведено наложение эзофаго-эзофаго анастомоза конец в конец однорядным швом. У 8 пациентов (18%) при невозможности наложения эзофаго-эзофагоанастомоза произведено наложение гастростомы по Кадеру с легирование трахеопищеводного свища.

Послеоперационные осложнения отмечались у 5 детей (11,1%). У 4 пациентов (8,8%) отмечалась несостоятельность эзофаго-эзофагоанастомоза. У 1 пациента (2,2%) имело место нагноение торакотомной раны. За истекший период времени умерло 15 пациентов (33,3%). Это пациенты с множественными врождёнными пороками развития, низкой массой тела, внутриутробной инфекцией, пороками сердца.

Все дети с атрезией пищевода через 2 недели после выписки из отделения направляются на консультацию к эндоскопистам, для решения вопроса о проведении поэтапного бужирования.

Щербинин А.В., Черкун А.В., Музалев А.А., Колос А.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

ГЕМАНГИОМЫ ВНУТРЕННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Гемангиомы внутренней локализации (висцеральные) у детей встречаются редко, составляя до 1% всех сосудистых опухолей в онкопедиатрии.

В клинике детской хирургии получало лечение 26 детей по поводу висцеральных гемангиом за последние 20 лет. Девочек было 15 (37,7%), мальчиков 11 (42,3%). Основная масса детей была в возрасте до 3 лет (около 70%). У 4 детей (15,4%) поражение внутренних органов сочеталось с гемангиомами на коже.

Гемангиомы (лимфгемангиомы) средостения чрезвычайно редкие доброкачественные сосудистые опухоли и встречаются менее, чем в 0,5% случаев всех опухолей этой локализации. Располагаются такие новообразования чаще в переднем средостении, чем в заднем. Следует указать, что у половины пациентов новообразования протекали бессимптомно. У оставшихся детей – проявляются кашлем, одышкой, лихорадкой. Подтверждается диагноз с помощью УЗИ, КТ, МРТ. В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за анализируемый период лечилось 4 детей с подобной патологией (у 3 имела место лимфгемангиома, у 1 – гемангиома). Опухоли этой локализации порой имитируют тимомегалию, пневмонию.

Сосудистые новообразования брюшной полости выявлены у 18 детей. Чаще всего встречалась гемангиома печени (9 детей), реже – селезенки (4), брыжейки кишечника (3), сальника (1), мочевого пузыря (1). Из 9 детей с гемангиомами печени увеличение ее отмечалось в 7 случаях. Ухудшение аппетита, повышение температуры тела выявлено у трети пациентов. Анемия с тромбоцитопенией диагностирована у 2 детей. Чаще выполнялась атипичная резекция печени (5 случаев), реже – гемигепатэктомия (3), биопсия печени (1). Умерло 3 детей с обширной гемангиомой печени (у двоих на фоне врожденного порока сердца, у 1 на фоне развившегося синдрома Казабаха-Мерритта).

Гемангиомы селезенки (2) и лимфгемангиомы (2) проявлялись наличием спленомегалии, болевого абдоминального синдрома. Диагноз подтверждался с помощью УЗИ, лапароскопии. Чаще опухоль располагалась в средней части органа. У 3 детей была выполнена спленэктомия, в 1 случае резекция нижнего полюса селезенки с опухолью. Осложнений не отмечалось.

Из 3 детей с опухолями брыжейки кишечника, у 2 детей имела место лимфгемангиома, в 1 случае – гемангиома. Клинически у детей отмечались боли в животе и пальпировалось опухолевидное образование. Диагноз подтверждался при помощи сонографии. Больным была выполнена резекция участка кишки несущая опухоль с наложением анастомоза «конец-в-конец». Один из пациентов оперирован в ургентном порядке, двое – планово. Во всех случаях наступило выздоровление.

Больной с опухолью сальника (лимфгемангиома) оперирован с подозрением на кисту брыжейки кишечника. Выполнена резекция участка большого сальника с опухолевидным образованием. Исход – выздоровление.

Опухоль мочевого пузыря (гемангиома) выявлена у одного пациента. Клинически новообразование проявлялось болями в надлобковой области, макрогематурией. Диагноз был подтвержден при эндоскопическом исследовании. Произведено высокое сечение мочевого пузыря, удаление опухоли. Наступило выздоровление.

За 20 летний период в клинике лечилось 4 детей с гемангиомами костей. У 2 из них процесс локализовался в позвоночнике, у одного ребенка было поражено ребро, еще у одного опухоль локализовалась в большеберцовой кости. Больным с гемангиомами тел позвонков проведена (после верификации диагноза путем пункционной биопсии) лучевая терапия с удовлетворительными результатами. Больные с гемангиомой большеберцовой кости и гемангиомой ребра оперированы.

Щербинин А.В., Щербинин А.А., Бессонова А.Д., Харагезов А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Вопросы лечения нарушений мочеиспускания и недержания мочи у детей никогда не потеряют своей актуальности, что обусловлено значительной распространенностью этой патологии (около 10% детского населения). Нельзя не брать во внимание роль нарушений мочеиспускания в развитии и поддержании вторичных изменений мочевыводящей системы, сопровождающих это заболевание по данным литературы более чем в 30% случаев.

Целью работы являлась разработка дифференциально-диагностического алгоритма у детей с расстройствами мочеиспускания и выработка показаний к стационарному лечению.

Материалы и методы. За период 2015-2020 гг. в урологическом отделении клиники детской хирургии им. Н.Л. Куца, находился 181 ребенок с нарушениями мочеиспускания из них: 133 ребенка с нейрогенным расстройством и 48 больных с энурезом. На консультативный прием к урологу с данными жалобами обращается в среднем 400 пациентов в год. Преобладали дети в возрасте от 3 до 7 лет (42,3%), дети в возрасте старше 7 лет составляли 35% пациентов, значительно реже встречались пациенты до 3 лет, и старшего возраста. Девочки составляют 2/3 больных.

Результаты и обсуждение. Жети с нарушениями мочеиспускания госпитализируются в отделение, позволяющее проводить диагностический поиск. Больному назначаются: общий анализ крови и мочи, сонографическое исследование почек и мочевого пузыря, ведение дневника мочеиспусканий, проведение уродинамического обследования. Таким образом, данный объем дополнительных обследований позволяет уточнить тип нарушений мочеиспускания.

Элизбарашвили Л.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПРЕПОДАВАНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Латинский язык в современном мире активно функционирует в книжно-письменной сфере, является основным, наряду с греческим, источником для образования и пополнения все возрастающей международной научной терминологии.

У детей с частыми мочеиспусканиями, первично исключается инфекция мочевыводящих путей и гинекологическая патология у девочек. В случае отсутствия проявлений острого цистита и рецидивирующего характера инфекции лечением данной категории больных занимается нефролог. Так же к данному специалисту направляются дети с редкими мочеиспусканиями и явлениями инфекции мочевыводящих путей.

На междисциплинарной основе для лечения у невролога направляются дети с учащенными или редкими мочеиспусканиями и энурезом, при отсутствии органической патологии и инфекционных осложнений и нормальной сонографической картиной.

Показаниями для дальнейшего урологического наблюдения являются:

1. эпизоды учащенного мочеиспускания в случае наличия изменений при ультразвуковом исследовании органов мочевыделительной системы, при сочетании данных жалоб с инфекцией мочевыделительной системы в случае наличия дизурических явлений и рецидивирующего характера последней;

2. все случаи недержания мочи;

3. сочетания энуреза и изменений при ультразвуковом исследовании почек;

4. редкие мочеиспускания в комбинации с пороками развития почек и мочевого пузыря.

Выводы. Применение вышеизложенной схемы позволяет вести тщательный дифференциально-диагностический поиск, и позволяет достичь удовлетворительных результатов лечения в 83% случаев, что является важным социально-психологическим результатом.

Не являясь родным ни для кого, латинский язык усваивается только в процессе обучения.

В комплексе учебных дисциплин 1 курса в

медицинском вузе предусмотрен предмет «Латинский язык», так как современная вузовская подготовка специалистов медицинского профиля предусматривает усвоение основ научной медицинской терминологии, традиционно базирующейся на греко-латинских словах, словообразовательных элементах и латинской грамматике.

Главной целью преподавания дисциплины является подготовка терминологически грамотного специалиста, формирование его профессиональной языковой культуры. Обучение основам латинского языка носит профессионально ориентированный характер, тематически направленный на ознакомление студентов с основами терминологии по таким дисциплинам как анатомия, физиология, инфекционные заболевания, терапия, хирургия и др., так как изучение этих дисциплин базируется на знании латинской терминологии. Латинский язык является одним из составляющих медицинского образования, благодаря которому медицинская терминология стала международной, что облегчает связи между учеными-медиками всего мира.

Говоря о специфике предмета «Латинский язык», следует отметить то, что он, в какой-то мере, ближе к специальным медицинским дисциплинам, чем к языковым и гуманитарным. В то же время, в обучении латинскому языку необходимо перенесение акцентов с простого усвоения знаний на формирование у будущих специалистов-медиков определённых компетенций, к практическому применению результатов образования, формированию специалистов, способных к постоянному самообразованию, к творческому использованию полученных знаний.

Одно из трудностей в освоении терминологического поля медицины, сформированного на лексико-грамматической базе латинского и греческого языков, кроется в отсутствии у обу-

чающихся (если они не проходили специальную промежуточную подготовку в лицее или колледже) лингвистической платформы, а также в том, что современные учащиеся приходят на первый курс не знающими элементарных реалий и фактов из истории античной цивилизации. Известна роль классических языков в гимназической России, где учащиеся гимназий, имеющие неудовлетворительные оценки по древним языкам, не могли быть аттестованы, и без знания латинского языка невозможно было сдать экзамены в университет. Студенты-медики имели классическое гимназическое образование, предполагавшее владение латинским и греческим языками, отметку в аттестате, что давало им возможность обучаться на медицинском факультете.

В современных условиях для активизации обучения латинскому языку используются

методы и инновационные педагогические технологии, такие как применение принципа междисциплинарности при подборе содержания и форм занятий, использование интерактивных методик, смещение акцента перевода с родного языка на латинский, транскрибирование с использованием графики родного языка и другое.

Важно выработать у обучаемых умение работать со справочными пособиями, словарями, грамматическими таблицами и т.д., необходимо стремиться к развитию языковой догадки – умению определять значение слова по морфемному составу, поиск ошибок, допущенных в тексте; находить латинские соответствия в родном и иностранных языках, использование Интернет-ресурсов.

Современное медицинское образование на сегодняшний день немыслимо без понимания законов формирования постоянно создаваемой терминологии, непреходящих идей и знаний, созданных талантом и трудом древних греков и римлян.

Юрченко О.О., Милтых И.С., Зенин О.К.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАМЕТРОВ И ТОЛЩИНЫ СТЕНКИ СОСУДОВ СОСТАВЛЯЮЩИХ ВНУТРИОРГАННОЕ СОСУДИСТОЕ РУСЛО ПОЧКИ

Актуальность. Несмотря на значительные успехи медицинской науки профилактика, диагностика и лечение поражений почек остается актуальной проблемой. Только в Пензенской области, по данным Росстата, в 2018 году впервые

выявлено 121 970 случаев заболеваний мочеполовой системы, в России в целом на промежутке 2000-2018 г. число случаев выросло на 20%. Высокая частота встречаемости и особая тяжесть этих заболеваний требует разработ-

ки новых эффективных средств диагностики и лечения. Однако это невозможно без достаточного теоретического обоснования, каковым является морфологическое исследование. Изучение особенностей строения внутриорганных сосудистого русла почек (ВСРП) представляет не только теоретический интерес, но имеет и существенное практическое значение в связи с широким распространением различных реконструктивных операций, производимых на сосудах этого органа (пластика сосудов, гетеротопическая аутопересадка, опущение почки и т.д.). Особое значение имеют детали строения почечных сосудов при выполнении пересадки аллопочки, как одного из перспективных методов лечения хронической почечной недостаточности. Однако данные литературы о строении почечных сосудов представляются неполными и часто противоречивыми. В частности, отсутствуют сведения о внутреннем диаметре и толщине стенки сосудов составляющих различные звенья ВСРП.

Цель. Определить значения внутреннего диаметра и толщины стенки сосудов составляющих различные звенья ВСРП.

Материал и методы. На аутопсии были исследованы ВСРП почек 15 людей, погибших от случайных причин. Из них мужчин – 8, женщин – 7, средний возраст пострадавших – 81. Левых почек – 8, правых – 7. Гистологические препараты изготавливали и окрашивали по стандартной методике, позволяющей идентифицировать сосудистое русло. На препаратах были измерены диаметры и толщина стенки почечных, сегментарных и междольковых артерий и вен. Статистический анализ проводили с использованием компьютерной программы MedStat, в соответствии

с рекомендациями авторов.

Результаты. Для установления наличия или отсутствия корреляционных и регрессионных связей между показателями, характеризующими ВСРП, использовались непараметрические критерии, поскольку распределение частот изучаемых величин было отлично от нормального закона распределения.

Обнаружено отсутствие значимых связей между величинами изучаемых показателей полом и стороной расположения почки. Данные можно считать не зависящими друг от друга.

Слабые значимые ($p < 0,01$) положительные корреляционные связи между величинами морфометрических показателей характеризующих различные звенья артерий и вен ВСРП. Умеренные и сильные положительные и отрицательные связи установлены для внутреннего диаметра и толщины стенки артерии и вены на различных уровнях деления ВСРП. Уровень значимости составлял $p < 0,001$.

Для связи значений толщины стенки и внутреннего диаметра артерии и вены ВСРП установлено уравнение регрессии ($R^2 = 0,6$, R^2 -величина достоверности аппроксимации).

Заключение. Установленные закономерности строения ВСРП могут и должны быть использованы для математического моделирования его структуры, прогнозирования исхода ангиопластических операций, оценки наличия или отсутствия отклонений его строения. При математическом моделировании ВСРП следует учитывать полученные зависимости, а также их отсутствие.

Проект реализуется при поддержке Фонда содействия развитию институтов гражданского общества в ПФО.

Юрченко О.О., Пискунова Н.В., Колесникова И.А., Ярков А.М., Русика А.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО

ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

В настоящее время, для предотвращения распространения COVID-19 (коронавирусной инфекции), многие учебные заведения проводят обучение с применением дистанционных образовательных технологий. Наш медицинский университет не явился исключением из общего правила, а использование дистанционного обучения дает возможность продолжать учебный процесс.

Согласно приказу № 229 от 25.09.2020 года методика дистанционного обучения на кафе-

дре патологической анатомии осуществляется следующим образом: перед началом обучения каждый студент должен изучить инструкцию по прохождению курса, в которой описан алгоритм действий необходимых для обучения. Далее, студенту предлагается ознакомиться с методическими указаниями к изучаемой теме, обратив особое внимание на перечень основных теоретических вопросов. Для дальнейшего успешного усвоения материала обучающиеся знакомятся с основными, а затем, при необходимости – до-

полнительными источниками информации по имеющимся ссылкам. Следующим этапом педагогического процесса является прохождение «Лекции» по соответствующей теме. Для более наглядного понимания теоретической части в тексте лекций используются макро- и микрофотографии, блоки вопросов для контроля уровня освоения пройденного материала. Время прохождения лекции ограничено. В конце изучения каждой темы студенты проходят обязательное тестирование, которое в последующем является показателем усвоения полученного материала и служит основанием для выставления отметки.

Согласно календарно-тематическому плану

занятий, в конце каждого содержательного модуля предполагается проведение тестового контроля. Тесты посвящены всем темам, входящим в содержательный модуль. Прохождение тестирования обязательно, эта отметка также учитывается. Время тестирования также ограничено.

В сложившейся эпидемиологической ситуации обучение с применением информационно-образовательной среды приобретает особую актуальность, является прогрессивной моделью получения знаний, но все же не может полноценно заменить очную форму обучения и восполнить дефицит коммуникативных особенностей взаимодействия преподавателя и студента.

*Юсубов М.С.¹, Белянин М.Л.¹, Скуридин В.С.¹, Карнович Н.В.¹,
Бахметьева М.И.², Усов В.Ю.^{1,3}*

¹Национальный исследовательский Томский политехнический университет

²Механико-математический факультет Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова

³Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И ДОКЛИНИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ НЕЙТРОН-ЗАХВАТНОЙ ТЕРАПИИ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИАЦЕТАТНЫХ КОМПЛЕКСОВ ¹⁵⁷Gd

ВВЕДЕНИЕ. Нейтрон-захватная терапия (НЗТ) пучками тепловых и эпитепловых нейтронов с высокой плотностью частиц является наиболее перспективным методом терапии неоперабельных злокачественных новообразований головного мозга с использованием Gd в форме устойчивых ацетатных комплексов с возможностью визуальной оценки методом магнитно-резонансной томографии (МРТ). Эффективность НЗТ определяется максимальной дозой, которая создается в опухолевых клетках продуктами реакции захвата тепловых нейтронов атомами Gd.

С использованием исследовательского реактора ИРТ-Т Инженерной школы ядерных технологий НИ ТПУ разработана принципиальная схема получения высокоплотных пучков эпитепловых нейтронов для биомедицинских и терапевтических применений с максимальным рассеянием на ядрах ¹⁵⁷Gd. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Разработана кинетическая модель оптимизации содержания ¹⁵⁷Gd в мишени НЗТ. Кинетика как полиацетатных комплексов ¹⁵⁷Gd., так и ^{99m}Tc-ДТПА в глиомах линейна, уравнением вида

$$d\text{Сопухоль}(t)/dt = k\text{плазма-опухоль} * \text{Сплазма}(t) - k\text{опухоль-плазма} * \text{Сопухоль}(t), \{1\},$$

где Сопухоль – концентрация препарата в опухоли, а Сплазма – в плазме крови, $k\text{плазма-опухоль}$ и $k\text{опухоль-плазма}$ – константы пере-

носа из крови в опухоль и из опухоли в кровь, соответственно. Для представленного случая очевидно существует решение, как

$$\text{Сопухоль}(T) = k\text{плазма-опухоль} * \int \text{Сплазма}(t) * \exp(-k\text{оп-пл}(T-t)) dt \{2\}.$$

Тогда, построив по данным динамической МРТ или ОФЭКТ зависимость от времени Сопухоль(t) и Сплазма(t), можно рассчитать константы переноса Gd в опухоль и обратно в кровь, ана их основе – режим введения препарата, обеспечивающий концентрацию Gd в опухоли для эффективной НЗТ при известной плотности пучка.

МРТ-исследования. Использовались данные динамической контрастированной МРТ головы у 17 пациентов (8 с первичными и 9 с метастатическими поражениями мозга), в Т1-взв. спин-эхо режиме (TR=15 мс, TE=500 мс, матрица 256x392, длительность кадра 15-30 с) и затем спустя 15 мин, 30 мин, 2 часа и 9 – 12 часов. (Toshiba Titan Vantage (Тошиба Медикал) и Siemens Magnetom Open (Siemens Medical).) Величины интенсивности конвертировались в содержание контраста, в мМ/мл, для расчетов $k\text{плазма-опухоль}$ и $k\text{опухоль-плазма}$. (в средах MatLab (версия 6.2) и SciLab (под управлением ОС AltLinux – Кентавр). Забирались пробы крови по 2 мл, для оценки показателей содержания и клиренса крови по Gd.

ОФЭКТ с ^{99m}Tc -ДТПА проводилась при медленной инфузионной инъекции 370 -740 Мбк в течение 3 – 5 мин, с ежеминутной записью 24 планарных проекций по 5 сек /360 , в матрицу 64x64, с помощью двухдетекторных ОФЭКТ – гамма – камер.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Задержка гадоверсетамида и ^{99m}Tc -ДТПА в тканях определялась соотношением коэффициентов прямого и обратного транспорта, и отмечалась длительно только в ткани опухоли головного мозга, в которой это соотношение было наибольшим – как для гадоверсетамида – кплазма-опухоль = $5,87 \pm 0,31$ мл/мин/100 см³ ; копухоль-плазма = $0,91 \pm 0,23$ мл/мин/100 см³), так и ^{99m}Tc -ДТПА – кплазма-опухоль, = $5,96 \pm 0,69$ мл/мин/100 см³ ; копухоль-плазма = $0,98 \pm 0,24$ мл/мин/100 см³. Константы транспорта для гадоверсетамида и ^{99m}Tc -ДТПА достоверно коррелировали, $r=0,81$, $P<0,005$.

Можно рассчитать оптимальную схему до-

зирования Gd для обеспечения эффекта НЗТ, в частности из: $MD_{H3T} = \Phi * C_{\text{опухоль}} * N_A * \sigma * E * K / M$, где MD_{H3T} – мощность дозы продуктов реакции захвата n_0 атомами акцептора, сГр/с; Φ – средняя плотность потока n_0 в зоне опухоли, н/см²·с; $C_{\text{опухоль}}$ – концентрация Gd в опухоли, г/г ткани; σ – сечение реакции захвата n_0 , барн; E – энергия продуктов реакции захвата n_0 ; N_A – число Авогадро, 1/моль; M – молекулярная масса Gd, г/моль; K – коэффициент согласования размерностей, сГр·г/МэВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Количественный анализ кинетики ^{99m}Tc -ДТПА при ОФЭКТ или гадоверсетамида при МРТ обеспечивает расчет оптимального режима НЗТ с Gd для критерия максимума дозы на опухоли при клиническом внедрении может обеспечить высокоэффективную нейтрон-захватную терапию неоперабельных глиом или глиом с высоким риском рецидива.

Якобчук А.В., Мартыненко Б.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМЫ УСВОЕНИЯ КАТЕГОРИИ РОДА ИМЁН СУЩЕСТВИТЕЛЬНЫХ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Основной целью курса латинского языка в медицинском вузе является формирование у студентов навыков употребления лексического и грамматического материала в рамках медицинской терминологии. Хотя объём грамматического материала, изучаемого студентами-медиками, ограничен, многие аспекты вызывают существенные проблемы. Много вопросов возникает при изучении имени существительного, особую проблему представляет запоминание рода существительных. Французский лингвист А. Мейе назвал категорию рода одной из наименее логичных и наиболее непредвиденных грамматических категорий. Имена существительные в латинском языке, как и в русском, бывают трёх родов: мужского (*genus masculinum*), женского (*genus femininum*) и среднего (*genus neutrum*).

Грамматический род латинских существительных нельзя определить из рода эквивалентных по значению русских слов, так как часто род существительных с одним и тем же значением в русском и латинском языках не совпадает. Например, «мышца» (ж.р.) – «*musculus*» (m.), «череп» (м.р.) – «*cranium*» (n.), «связка» (ж.р.) – «*ligamentum*» (n.) etc. Категория рода включается в словарную запись имени существительного, и студенты должны заучивать род каждого слова.

Студентам проще запомнить род, если они имеют представление о закономерностях принадлежности существительного к тому или иному роду. Чаще всего обучающиеся прибегают к способу определения рода имени существительного по окончанию в именительном падеже единственного числа, но из-за большого количества исключений, этот метод не является точным. Например, наиболее часто встречающееся окончание мужского рода «-us»: *oculus* (m.), *ductus* (m.), но *manus* (f.), *corpus* (n.); самое распространенное окончание женского рода «-a»: *fibula* (f.), *clavicula* (f.), *mamma* (f.), но *systema* (n.), *coma* (n.); только существительные, имеющие окончания «-um, -on, -u», всегда относятся к среднему роду: *septum* (n.), *ganglion* (n.), *genu* (n.).

Возможно определение рода существительного по семантическому содержанию лексической единицы. К именам существительным мужского рода относятся названия лиц и животных мужского пола, профессий, месяцев, рек, национальностей: «*puer*» (мальчик), «*aegrotus*» (больной), «*medicus*» (врач), «*pharmacopola*» (фармацевт), «*gallus*» (петух), «*ursus*» (медведь), «*November*» (сентябрь), «*Nilus*» (река Нил), «*Hispanicus*»(испанец), «*Persa*» (перс).

К именам существительным женского рода

относятся названия лиц и животных женского пола, городов, стран, островов, деревьев и кустарников: «puella» (девочка), «aegrota» (больная), «gallina» (курица), «ursa» (медведица), «Roma» (Рим), «Cyperus» (Кипр), «Quercus» (дуб), «Populus» (тополь). Хотя названия некоторых деревьев и кустов являются существительными мужского и среднего рода: «Acer, n» (клён), «Philadelphus, m» (жасмин садовый).

К среднему роду относятся названия химических элементов, плодов, а также несклоняемые существительные: «Argentum» (серебро), «Sulfur» (сера), (хотя название химического эле-

мента Phosphorus (фосфор) относится к мужскому роду), «cerasum» (вишня), «Cacao» (какао), «dragee» (драже), «Muscari» (мышинный гиацинт или гадючий лук).

Рассмотрев возможные способы определения рода имён существительных в латинском языке, мы можем сделать вывод, что ни один из них не является достаточно надёжным. Таким образом, самым эффективным методом запоминания рода является заучивание его в составе словарной формы существительного. Остальные методы могут выполнять роль вспомогательных.

Яковчук Е.Д., Пенина Г.О.

ФБГОУ ДПО СПБИУВЭК, Санкт-Петербург, Россия

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ СЕВЕРЯН С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ II СТАДИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

Целью исследования было выявить уровень когнитивных нарушений у северян с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии и артериальной гипертензией в гендерном аспекте.

Материалы и методы: методом сплошного исследования в неврологическом отделении ГБУЗ РК «Коми республиканская клиническая больница», ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3», ГБУЗ РК «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий», ГБУЗ РК «Эжвинская городская поликлиника» нами лично осмотрены 119 пациентов с ДЭП II стадии и артериальной гипертензией, проживающих в районах приравненных к Крайнему Северу. Когнитивные функции оценивались с использованием шкалы краткой оценки психического статуса (MMSE), методику «батарея лобной дисфункции», МоСа-тест.

Результаты. В группе преобладали женщины (72 человек, 60,5%) гендерный индекс 1,53:1. Средний возраст обследованных 119 северян с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии составил 64,1±11,1 лет. Средний возраст мужчин по данным исследования составил 62,9±10,3 лет, средний возраст женщин составил 65,2±10,6 лет, мужчины оказались несколько младше ($p \leq 0,1$). При первоначальной оценке психического статуса по методике MMSE в исследуемой группе женщин полученные результаты расценивались как преддементные легкие когнитивные нарушения, средний балл составил 27,3±0,7 баллов. У 47,2% женщин (34 человека) были выявлены умеренные когнитивные нарушения, средний

балл 25,5±0,6. У 25% женщин (18 человек) выявлено легкие когнитивные нарушения, средний балл составил 28±0,5. У 27,8% женщин (20 человек) когнитивные функции расценены как нормальные, средний балл составил 29,3±0,7. В группе мужчин при первоначальной оценке психического статуса по методике MMSE средний балл был ниже, чем у женщин, и составил 26,5±0,6, с достоверной разницей между группами ($p \leq 0,05$). У 12,8% мужчин (6 человек) когнитивные функции были в пределах нормы, средний балл составил 29,5±0,5, без достоверной разницы между группами. У мужчин реже, чем у женщин (14,9% случаев (7 человек)) выявлено легкое когнитивное снижение по шкале MMSE, средний балл составил 27,7±0,7, без достоверной разницы между группами. У мужчин, чаще, чем у женщин (в 72,3% случаев (34 человека)) когнитивное снижение было расценено как умеренное, средний

балл составил 25,5±0,6, без достоверных отличий по группам. Средний балл по шкале МоСа в группе женщин составил 27±0,8 балла, при этом следует отметить, что у 13,9% (10 человек) опрошенных было выявлено легкое снижение когнитивных функций ниже 26 баллов, но выше 25,0 баллов. У 33,3% женщин средний балл по шкале МоСа был ниже 25 баллов, но выше 23 баллов, что соответствует умеренному когнитивному снижению. При этом у этих же 33,3% опрошенных пациентов был высокий балл по шкале MMSE. Средний балл по шкале МоСа в группе мужчин составил 26,2±0,7, что ниже,

чем в группе женщин ($p \leq 0,05$), при этом следует отметить, что у 6,4% обследованных мужчин (3 человека) средний балл оказался ниже 26, но выше 25 баллов, что соответствует легкой когнитивной дисфункции. У 21,3% мужчин (10 человек) средний балл по шкале MoCa был ниже 25 баллов, но выше 23 баллов, что соответствует умеренному когнитивному снижению. При этом у этих же 27,7% опрошенных был высокий балл по шкале MMSE. По методике «батарея лобной дисфункции» у женщин в 88,9% случаев показатели не были снижены, средний балл - $17,8 \pm 0,9$. У 11,1% женщин (8 человек) среднее значение по тесту «батарея лобной дисфункции» выявлена умеренная лобная дисфункция, средний балл - $14,3 \pm 0,5$. У 57,4% мужчин выявлено легкое снижение когнитивных функций по данному тесту, средний балл - $16,2 \pm 0,6$, с достоверной разницей между группами ($p \leq 0,05$). У 42,6% (20 человек)

мужчин выявлена умеренная лобная дисфункция, средний балл был ниже, чем в группе женщин и составил $13,1 \pm 0,5$ ($p \leq 0,05$ между группами). При этом у мужчин с умеренной лобной дисфункцией средний балл по шкале MMSE составил $27,3 \pm 0,5$ баллов, а у женщин средний балл составил $28,7 \pm 0,8$ ($p \leq 0,05$).

Выводы. В исследуемой группе северян мужчины оказались младше женщин. В группе мужчин при первоначальной оценке психического статуса средний балл был ниже, чем у женщин. У мужчин реже, чем у женщин выявлялось легкое когнитивное снижение. Но у мужчин чаще, чем у женщин выявлялось умеренное когнитивное снижение. Показатели когнитивных функций были выше в группе женщин, чем в группе мужчин, что совпадает с данными международных исследований.

Яковчук Е.Д., Пенина Г.О.

ФБГОУ ДПО СПБИУВЭК, Санкт-Петербург, Россия

ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ СЕВЕРЯН С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ II СТАДИИ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

Целью исследования было выявить уровень когнитивных нарушений у северян с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии и артериальной гипертензией в возрастном аспекте на примере республики Коми.

Материалы и методы: методом сплошного исследования в неврологическом отделении ГБУЗ РК «Коми республиканская клиническая больница», ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3», ГБУЗ РК «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий», ГБУЗ РК «Эжвинская городская поликлиника» нами лично осмотрены 119 северян с ХИМ II стадии и артериальной гипертензией. Когнитивные функции оценивались с использованием шкалы краткой оценки психического статуса (MMSE), методику «батарея лобной дисфункции», MoCa-тест.

Результаты. Средний возраст обследованных 119 северян с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии составил $64,1 \pm 11,1$ лет. Среди них 46 человек (38,7%) были в возрасте от 44 до 60 лет. В возрасте старше 60 лет – 73 человек (61,3%) лиц в дисциркуляторной энцефалопатией II стадии. Можно отметить, что более половины пациентов относятся к лицам пожилого и старческого возраста. При первоначальной оценке психического статуса по методике MMSE в исследуемой

группе моложе 60 лет полученные результаты расценивались как преддементные легкие когнитивные нарушения, средний балл составил $27,9 \pm 0,3$ баллов, у 39,1% опрошенных (18 человек) были выявлены умеренные когнитивные нарушения, средний балл составил $28,5 \pm 0,8$. У 32,6% (13 человек) выявлено легкие когнитивные нарушения, средний балл составил $27 \pm 0,8$. У 28,3% опрошенных в группе лиц моложе 60 лет когнитивные функции расценены как нормальные, средний балл составил $29,4 \pm 0,6$. В группе лиц старше 60 лет при первоначальной оценке психического статуса по методике MMSE средний балл составил $25,4 \pm 0,5$, с достоверной разницей между группами ($p \leq 0,05$). У 15,1% опрошенных в этой группе когнитивные функции были в пределах нормы (11 человек), средний балл составил $29,5 \pm 0,3$, без достоверной разницы между группами. У 16,4% опрошенных в группе лиц старше 60 лет выявлено легкое когнитивное снижение (12 человек), средний балл составил $28 \pm 0,7$, без достоверной разницы между группами. У 68,5% (50 человек) когнитивное снижение было расценено как умеренное, средний балл составил $25,4 \pm 1,1$, что ниже, чем в группе лиц моложе 60 лет ($p \leq 0,05$). Средний балл по шкале MoCa в группе лиц моложе 60 лет составил $26,9 \pm 1,4$ балла, при этом следует отметить, что

у 10,8% опрошенных было выявлено снижение когнитивных функций ниже 26 баллов, но выше 24 баллов, что соответствует когнитивному снижению. При этом у этих же 10,8% опрошенных пациентов был высокий балл по шкале MMSE. Средний балл по шкале MoCa в группе лиц старше 60 лет составил $25,5 \pm 1,9$, что ниже, чем в группе лиц моложе 60 лет ($p \leq 0,05$), при этом следует отметить, что у 28,8% обследованных в этой группе средний балл оказался ниже 25,5 баллов, но выше 23 баллов, что соответствует умеренной когнитивной дисфункции, с достоверной разницей между группами ($p \leq 0,05$). При этом у этих же 28,8% опрошенных был высокий балл по шкале MMSE. По методике «батарея лобной дисфункции» у пациентов старше 60 лет в 85% случаев выявлено легкое когнитивное снижение, средний балл- $16,5 \pm 0,9$. У 15% пациентов (11 человек) в группе старше 60 лет среднее значение по тесту «батарея лобной дисфункции» выявлена умеренная лобная дисфункция, средний балл- $13,9 \pm 0,8$. У 87% пациентов моложе 60 лет показатели были в пределах нормальных, средний балл- $17,6 \pm 0,6$, с достоверной разницей между группами ($p \leq 0,05$). У 13% (6 че-

ловек) пациентов младше 60 лет выявлена умеренная лобная дисфункция, средний балл составил $14,1 \pm 0,5$ ($p \leq 0,05$ между группами). При этом у пациентов старше 60 лет с умеренной лобной дисфункцией средний балл по шкале MMSE составил $27,5 \pm 0,4$ баллов, а в группе лиц моложе 60 лет средний балл составил $28,9 \pm 0,9$ ($p \leq 0,05$).

Выводы. В группе северян старше 60 лет когнитивные функции были ниже, чем в группе лиц моложе 60 лет. Легкая когнитивная дисфункция встречалась чаще в группе лиц моложе 60 лет, а умеренное когнитивное снижение – в группе лиц старше 60 лет. При умеренно низких баллах по MoCa-тесту получены достаточно высокие баллы по MMSE, что доказывает низкую чувствительность шкалы краткой оценки психических функций по отношению к когнитивным функциям при дисциркуляторной энцефалопатии. Только в группе моложе 60 лет по «батарея лобной дисфункции» в большинстве случаев получены нормальные показатели когнитивных функций, в отличие от пациентов старше 60 лет, что говорит о большем страдании когнитивных функций у лиц старше 60 лет.

Яременко Д.А., Степанова Ю.С.

ГОУ ВПО Донецкий Национальный Университет

К ВОПРОСУ ПРОБЛЕМЕ ТЕРМИНОЛОГИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТАЙНЫ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ

Проблематика определения профессиональной тайны в медицинской сфере не является чем-то новым и неизученным, при этом данный вопрос по-прежнему остается дискуссионным, а многие составляющие профессиональной тайны остаются спорными до настоящего момента.

Врачебная тайна по своей природе является классическим требованием профессиональной этики медицинских работников. К слову, запрет на разглашение информации, полученной в силу выполнения профессиональной деятельности (т.е. профессиональная тайна) содержится и в иных сферах (например, в юридической деятельности: адвокатская и нотариальная тайны). Зачастую под термином «тайна» понимается, прежде всего, информация (очевидно, характеризующаяся ограниченностью круга лиц, посвященных в нее). В соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 2 Закона Донецкой Народной Республики «Об информации и информационных технологиях», информация это сведения независимо от формы их представления, то есть это

любые сведения, передаваемые от одного лица другому. В понимании пункта 5 части 2 статьи 10 Закона Донецкой Народной Республики «О персональных данных» к специальной категории персональных данных относится информация о лице проходящим лечение в медико-санитарных учреждениях и данная информация может обрабатываться лишь лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

В теории существует несколько точек зрения касающиеся объема содержания врачебной тайны: представители одной считают, что термин «врачебная тайна» является узким и не отображает полного субъектного состава, а именно, настаивая, что субъектом в данных правоотношениях выступает исключительно врач и исключительно тот, который проводит диагностику и лечение пациента. Следовательно, такой термин как «врачебная тайна» может трактоваться, как ответственность лишь одного лица, и поэтому применять санкции к младшим специалистам (медсестрам) невозможно, поскольку они не от-

носятся к субъектному составу. Исходя из этого, приверженцы данной позиции считают, что целесообразным будет введение термина «медицинская тайна».

Сторонники применения термина «врачебная тайна» ссылаются на то, что законодательно закреплена дефиниция термина «врачебная тайна» (частью 1 статьи 86 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении»), под которым понимается «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении». Частью 2 статьи 86 указанного нормативного акта. Законодательно очерчен и круг субъектов, на которых распространяется требование о соблюдении профессиональной тайны в медицинской сфере. Ими являются лица, «кото-

рым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей»

Таким образом, рассматривая терминологическую проблематику профессиональной тайны в медицинской сфере, следует отметить, что дискуссионность вопроса является, по нашему мнению, надуманной и необоснованной. Законодательством Донецкой Народной Республики в полном объеме дано определение врачебной тайны, а также определен круг лиц, на которых возложена обязанность сохранения информации полученной в результате своей деятельности. Следовательно, аргументация сторонников теории «медицинская тайна» является нецелесообразной ввиду законодательной закреплённости.

Ярошенко С.Я.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-ВОСПИТАННИКОВ ДОМОВ РЕБЕНКА

В последние десятилетия количество проводимых исследований, посвященных взаимосвязям регуляторных систем человека, значительно возросло. Сформирована и дополняется теория о единой нервно-иммуно-эндокринной регуляции – так называемый «треугольник гомеостаза», доказательством чему являются как фенотипическое и функциональное сходство клеток иммунной, эндокринной и нервной систем (Абрамов В.В., 1991; Корнева Е.А. Перекрест С.В., 2013), так и крайне тесные контакты между их функциональными звеньями.

В то же время известно, что все регуляторные системы у детей, живущих в закрытых детских коллективах домов ребенка, работают в состоянии крайнего напряжения (Можаров Н.С. и соавт, 2014; Райский, Д. В. и соавт, 2014; Высочина И.Л., 2013; Куличенко А. М., 2016). Подобные изменения вполне закономерны, если их рассматривать с точки зрения воздействия материнской и социальной депривации, как отражения хронического психологического стресса.

Так, запредельная для ребенка эмоциональная нагрузка приводит к изменениям, прежде всего, регуляторной оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники с преобладанием гиперкортизолемии и одновременным снижением уровней гормонов, обладающих анаболическим эффектом – соматотропного гормона, соматомединов,

андрогенов, дегидроэпиандростерона. Следует отметить, что подобные изменения характерны для взрослых в состоянии депрессии. Отмечено (Белоглазов В.А. и соавт., 2007), что малые дозы глюкокортикоидов стимулируют секрецию иммуноглобулинов (в отличие от высоких доз, угнетающих этот процесс). Такая «подпороговая» стимуляция гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси приводит у детей к множественным изменениям: от повышенной тревожности и других эмоциональных проблем (сопровождающихся несомненными сдвигами в вегетативной регуляции жизнедеятельности, в частности не характерная для этого возраста избыточность симпатических влияний) до избыточной напряженности всех звеньев иммунитета с выраженной гипериммуноглобулинемией (Юлиш Е.И. и соавт., 2010), которые не предотвращают частой респираторной заболеваемости у этой группы детей (Юлиш Е.И. и соавт., 2012). В то же время, происходит угнетение звена естественных киллеров связанных, по-видимому, с угнетением последующей антигенпрезентации. Это, в свою очередь, создает предпосылки для развития несостоятельности последующих иммунных реакций и формированию состояния персистенции инфекций, что подтверждается изменением микробиоценоза у данной группы детей, 75% которых уже в раннем возрасте были

инфицированы персистирующими внутриклеточными патогенами.

В то же время, цитокиновый дисбаланс, характерный для часто болеющих детей, может усиливать изменения в эндокринной и иммунной системах. Например, интерлейкин-1 (содержание которого у детей в домах ребенка выше, чем у сверстников из семей) способен усиливать выработку АКТГ, а также принимает участие в синтезе фактора роста нервов в центральной нервной системе (Самотруева М.А., 2009). Следовательно, через систему цитокинов иммунная система способна влиять также на эндокринную регуляцию и развитие нервной ткани. Кроме того, АКТГ-адреналовая ось проявляет себя как антагонист факторов роста, обуславливая дополнительную задержку физического развития

институализированных детей – у 79,7% воспитанников домов ребенка отмечаются нарушения пластических процессов (дефицит массы тела и роста). В свою очередь, стоматотропный гормон стимулирует пролиферацию и дифференцировку Т-клеток-эффекторов, функция которых страдает у депривированных детей.

Таким образом, уровень напряженности работы регуляторных систем у институализированных детей близко к развитию дистресса, приводя к срыву механизмов адаптации и развитию различных заболеваний (от синдрома часто болеющего ребенка до задержки неврологического, физического развития, а также различной хронической патологии) и требует дальнейшего изучения для определения рациональной абилитационной и реабилитационной тактики.

Содержание

Аблова Р.С., Любезная Ю.А. АНАЛИЗ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ.....	5	Андреев Р.Н., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Скрипка Л.В., Толстюк В.И. БЕШЕНСТВО В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ – ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И МЕРЫ БОРЬБЫ	15
Абрамов В.Ал., Соловьева М.А., Мельниченко В.В. ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У ЛИЦ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ	5	Андреев В.С. РАЗРАБОТКА ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «PANCREATITIS MANAGER» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	16
Абрамова Ю.Г., Пруцев К.К. ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НЕКРЕКТЕКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ»	6	Антипов Н.В., Зарицкий А.Б., Сироид Д. В., Рудской С.А., Золото М.С. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИИ ЯГОДИЧНЫХ АРТЕРИЙ.....	17
Авксентьева А.М. ЦИТИРОВАНИЯ КАК ФОРМА ПРОЯВЛЕНИЯ ИНТЕРТЕКСТУАЛЬНОСТИ В ЗАГОЛОВОЧНЫХ КОМПЛЕКСАХ МАСС-МЕДИА.....	7	Антропова О.С. ОСОБЕННОСТИ СМЕРТЕЛЬНОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	18
Агарков А.В., Киреев А.В. АРТРОЗЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ДОНБАССА: ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ.....	8	Ануарбек А.С. МИКРОФЛОРА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС)	19
Аксенова А.А. СИНДРОМ ЗУДЕКА. РЕАБИЛИТАЦИЯ	9	Ануарбек А.С., Самбет С.К., Салманова А.М. АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ «ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА» В Г. АЛМАТЫ, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН	19
Александровская В. Н., Бабенко А.И. ЛИНЕЙНЫЙ И НЕЛИНЕЙНЫЙ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СЛОЖНЫХ ОБЪЕКТОВ	9	Апресян А.Ю. К ВОПРОСУ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	20
Александровская В. Н., Бабенко А.И. МЕТОД СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ФИЛОСОФИИ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИНАХ.....	10	Ахмедов С.Р., Максютенко С.И., Трофимец Е.К. РОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОФФЕРДАМ В СТОМАТОЛОГИИ.....	21
Алиев Э.Ф., Киреев А.В., Агарков А.В. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АРТРОЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ С ВНУТРИСУСТАВНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ОЗОНА – КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ	11	Багрий А.Э., Приколота О.А., Могилевская К.Э., Ракитская И.В., Приколота А.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	22
Альмешкина А.А., Коваленко С.Р., Лубенская О.А. САМООТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ	12	Базака В.В., Харжевская Т.С. ЮРИДИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «ПРАВО НА ЖИЗНЬ»	23
Альмешкина А.А., Коваленко С.Р., Лубенская О.А. САМООТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ	13	Баланда Р.В., Цыганова О.А. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ».....	24
Анастасов А.Г., Овчаренко А.В., Иванцовский А.А., Назин Д.О., Ткаченко И.О., Томашкевич Б.А., Михайличенко Е.В. ВЫБОР КОМПОНЕНТОВ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ	14	Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Крахоткина Е.Д., Терещук Б.П., Гиллер Д.И. ФОРМИРОВАНИЕ ТРОМБОЦИТАРНО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ АГРЕГАТОВ НА ФОНЕ ГИПОРЕАКТИВНОСТИ РЕЦЕПТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	24
Андреев В.Н., Гинькут В.Н. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ	14		

Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Николенко О.И., Черкасова Н.А., Гиллер Д.И. АНАЛИЗ ГИПОРЕАКТИВНОГО АГРЕГАЦИОННОГО ФЕНОТИПА ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	25	Беседина Е.И., Бублик Я.В., Зяблицев Д.В. К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СОВРЕМЕННОГО РУКОВОДИТЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ.....	37
Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Фабер Т.И. Гиллер Д.И., Плаха А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ	26	Беседина Е.И., Бублик Я.В., Зяблицев Д.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕХНОЛОГИИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	38
Баринов Э.Ф., Фабер Т.И., Перенесенко А.О., Фабер А.И., Гиллер Д.И., Плаха А.А. ОСОБЕННОСТИ РЕЦЕПТОРНЫХ ФЕНОТИПОВ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА.....	27	Бессмертная Ю.В., Донская С.И., Бессмертный А.А. ПРИМЕНЕНИЕ УВЛАЖНЯЮЩЕГО АГЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА, КАК ОДНОГО ИЗ СПОСОБОВ СНИЖЕНИЯ ПОСТОПЕРАТИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	39
Баринов Э.Ф., Черкасова Н. А., Фабер Т.И., Крахоткина Е.Д., Николенко О.И. ТРУДНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ГИСТОЛОГИИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ПОЛНОЕ ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ПЕРИОД САМОИЗОЛЯЦИИ В СВЯЗИ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19	28	Бискаев П.О. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕУДОЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ	39
Баринова А.С., Налетов А.В., Островский И.М., Настобурко В.В. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРОВОДИМОЙ ИХ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РЕБЕНКА	29	Благинина И.И., Реброва О.А., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ.....	40
Басий Р.В., Довгялло Ю.В. ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКУРСНИКОВ В ВУЗЕ	30	Бодаченко К.А., Колосова Т.А., Семений В.Я., Демяненко А.А. РОЛЬ ПЕРВИЧНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОГООСКОЛЬЧАТЫМИ ОГЕСТРЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ	41
Башкатова Л.В., Евдокимова Е.Н. ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	30	Бодаченко К.А., Семений В.Я., Демяненко А.А., Колосова Т.А. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РАН ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА.....	42
Безкаравайный Б.А., Сенченко Н.Г, Лигус В.Ю. ПРОБЛЕМЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В НЕОНАТОЛОГИИ. РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ	31	Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П. ТЕНДЕНЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	43
Безуглый А.П. ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ МЕТОДИК В КОСМЕТОЛОГИИ	32	Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П. АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ	44
Беликова Я.И, Гончарова В.В. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОК С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ.....	33	Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Грязнов А.А. МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	45
Бережная М.Г., Сигитова Е.В., Гольнева А.П., Шевченко В.В., Старостина М.Н. ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОПОЛИНЕВРИТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	34	Боевко С.К., Юренко Е.А. ХРОНИЧЕСКИЙ КАШЕЛЬ НА ФОНЕ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА	45
Беседина Е.И, Зяблицев Д.В., Бублик Я.В. К ВОПРОСУ О ВНЕДРЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	35	Бойченко А.А., Ряполова Т.Л., Коваленко С.Р., Лубенская О.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИКТИМНОСТИ С УРОВНЕМ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	46
Беседина Е.И., Петрова И.В., Гриценко Л.З., Демкович О.О. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ.....	36	Бондаревский-Колотий В.А. САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ	47

Бондаренко А.А. ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА.....	48	Бураева М.Х.-Б., Нищенко В.А., Бураева М.Х.-Б. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	60
Бондаренко А.Д., Сигитова Е.В., Шевченко В.В., Бубликова А.М., Прокопенко Е.Б. ХРОНИЧЕСКАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ КАК ВТОРИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	49	Буряк Н.В., Свистунова Н.А. РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ СОМАТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	62
Бондаренко Н.Н., Максютенко С.И., Андреева В.Ф., Госман Д.А., Бортникова А.К. ОПТИМИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ – ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»	50	Былым Г.В., Джеломанова С.А., Литвинова Е.В. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА	63
Бордюгова Е.В., Задыхайло В.Ю., Юлдашева С.А., Семигина О.М. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛАНГЕРГАНСОКЛЕТОЧНОГО ГИСТИОЦИТОЗА У РЕБЁНКА 2 ЛЕТ	51	Былым Г.В., Джеломанова С.А., Тутов С.Н., Литвинова Е.В. ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ	64
Бордюгова Е.В., Сулова И.А., Конов В.Г., Оноприенко З.С. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА.....	52	Вагнер Д.О., Зиновьев Е.В., Чухарев А.Е. ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЁМА КРОВОПОТЕРИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ	65
Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Тонких Н.А., Конов В.Г. СИНДРОМ РЕМХЕЛЬДА: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА.....	53	Вакуленко А. В., Неделько А. А., Павлюченко Е. В., Глазков И.Р. АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД АРТРОПЛАСТИКОЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	66
Бортникова А.К. ВЛИЯНИЕ ВИДОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ТКАНЕЙ МОЗГА АЛКОГОЛЬЗАВИСИМЫХ КРЫС	54	Вакуленко А. В., Неделько А. А., Павлюченко Е. В., Глазков И. Р. УРОВЕНЬ БОЛИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЗАМЕНЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА. 67	67
Боряк С.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ	55	Вакуленко И.П., Кулишова О.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАНТОВ СТРОЕНИЯ АКРОМИАЛЬНОГО ОТРОСТКА С СУБАКРОМИАНЫМ ИМПИНДЖМЕНТОМ	68
Бубликова А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Гольнева А.П., Сигитова Е.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПЕДАГОГИКИ И МЕДИЦИНЫ В СИСТЕМЕ НАУЧНЫХ ДИСЦИПЛИН	55	Вакуленко И.П., Первак М.Б., Котлубей Е.В., Оборнев А.Л., Губенко О.В., Фоминов В.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ОСВОЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ НА КАФЕДРЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ	68
Бубликова А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Сохина В.С., Максименко О.Л. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ПАРКИНСОНИЗМА	56	Вакуленко И.П., Шаталов С.А., Фоминов В.М. ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ ПО СЕГМЕНТАМ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ	69
Бугорков И.В., Тарапата А.А., Бугоркова И.А., Кальней Е.О. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	57	Вакуленко М.В., Стрионова В.С., Москаленко С.В., Марков С.Е. ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЗМА В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ.....	70
Буждежан А.В. ЖУРНАЛ «ТЮРЕМНЫЙ ВЕСТНИК» КАК ИСТОЧНИК ПО ИСТОРИИ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ РОССИИ В КОНЦЕ XIX В.	58	Василенко М.В. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	71
Бураева М. Х.-Б., Нищенко В.А., Бураева М.Х.-Б. МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА (ОМАЛИЗУМАБ) КАК НОВЫЙ СПОСОБ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ТЯЖЕЛЫМ ПЕРСИСТИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ У ДЕТЕЙ	59	Васильев В.А., Васильева Л.В. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ.....	71
		Ватутин Н.Т., Кардашевская Л.И., Косенко М.А. РОЛЬ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ, В ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	72

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Гасендич Е.С. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ЭРИТРОЦИТОЗА . 73	Ветров С.Ф., Ващенко А.В. ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬ- НЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ..... 82
Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Гасендич Е.С. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭРИТРОЦИТОЗОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА..... 73	Ветров С.Ф., Алиев А.Ю. МЕДИЦИНА ТРУДА ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУ- БЛИКИ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ. 83
Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Гончарук М.С., Лапин В.А., Вустяк Н.Ф., Батырева И.Н. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП АНТИГИПЕРТЕНЗИВ- НЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТ- НЫХ ОЖОГОВЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 74	Вильдгрубе С.А., Крамаренко Е.В., Фирсова Г.М. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ..... 84
Ватутин Н.Т., Шевелев А.Н., Глуменко И.Г., Харченко А.В. ВЛИЯНИЕ ТРЕНИРОВОК ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУ- РЫ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТА- ТОЧНОСТЬЮ 74	Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М. САМООТНОШЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ПОСТРАДАВШИХ ОТ ТЕРМИЧЕСКИХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ТЕХНОГЕН- НЫХ ПОРАЖЕНИЙ 85
Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Клыса Н.М., Павликова А.А. ГИПОНАТРИЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПО- СЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ 75	Вишняков Н. И. , Емельянов А. О., Догот Р. А. О ФОРМИРОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ ПЕР- ВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛО- МУ НАСЕЛЕНИЮ В КРУПНОМ ГОРОДЕ. 86
Ващенко А.В., Зятева А.П. ФАКТОРЫ РИСКА ПИТУИТАРНОЙ АПОПЛЕКСИИ И ЕЁ ПРОФИЛАКТИКА 76	Вознюк И.А., Кашаева Э.Р., Тархов Д.Ю., Тетерина О.А. Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе ПРОБЛЕМЫ ДИСФАГИИ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 87
Вервекин И.В. РЕГИОНАЛЬНАЯ ХИМИОПЕРФУЗИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАНЦЕРОМАТОЗА ЯИЧНИКА У КРЫС 77	Волошин Р.Н., Снитко А.В. ПЕРИОДИЧЕСКАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЧЕ- СКАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 87
Верейкина Я.С., Сигитова Е.В., Гольнева А.П., Шевченко В.В. ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ НАДЪЯДЕРНЫЙ ПАРАЛИЧ ИЛИ БОЛЕЗНЬ СТИЛА-РИЧАРДСОНА-ОЛЬШЕВСКОГО (КЛИ- НИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 77	Волошинова Е.В., Витренко Д.Д. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКО- ЗЕ: НЕ ТОЛЬКО МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА..... 88
Веремьев Н.Е., Макогон В.Д., Романенко С.В., Мальгин Г.А. Научный руководитель – проф. Седаков И.Е. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОНОПОРТОВОГО ДОСТУПА В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛКО- КЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО I СТАДИИ 78	Волошинова Е.В., Коваленко О.К., Немоляева Е.К. БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНО- ГО СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОГО ФОКАЛЬНО- СЕКМЕНТАРНОГО СКЛЕРОЗА У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ..... 89
Верещагин С.И., Чуйко А.В., Валюшко Т.В., Никитин А.А. ОБОСНОВАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕ- ЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ КОМПРЕССИ- ОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ В ОСТРОМ И РАННЕМ ПЕРИОДАХ ТРАВМЫ 79	Волошинова Е.В., Сафарова К.Н., Новак А.С. ИСТИННАЯ ПОЛИЦИТЕМИЯ. ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ЗА А ПОЛИМОРБИДНОСТЬЮ? 90
Верещагин С.И., Чуйко А.В., Чинякина Е.В., Ютовец Т.С., Сорокина В.В. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЛУЧЕВОЙ ДИГНОСТИКИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПО- ЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ..... 80	Вустенко В.В., Глушич С.Ю. РОЛЬ ВИТАМИНОВ D И E В СОСТОЯНИИ ЗДОРО- ВЬЯ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА: АНКЕТИРОВАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ 91
Вертепная Е.Т., Горшкова Д.В. РОЛЬ ВИТАМИНА D В КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИМУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ..... 81	Выхованец Т.А., Я.Б. Аль Каравани Талеб, Тетерюкова Е.Д., Молокова А.В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСК-ФАКТОРОВ ЗДОРО- ВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА 92
Ветров С.Ф. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОН- НОГО ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСА COVID-19..... 82	Выхованец Т.А., Выхованец Н.Ю. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ – ОСНО- ВА СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ 93
	Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н., Выхованец Т.А. БИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЯЮЩИХСЯ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ 94

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н., Выхованец Т.А. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИЗАДАПТАЦИИ ЧЕЛОВЕКА К МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ В УСЛОВИЯХ ДОНБАССА..... 95	Голованева Ж.В., Котилевская И.Т., Иванченко Д.А., Колчин Ю.Н. ПАНДЕМИЯ ХХІ ВЕКА. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧ- НОСТЬ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ..... 108
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н., Лахно О.В. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВ- НОСТИ 96	Голоденко О.Н., Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Коваленко С.Р. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА У ДЕ- ТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА НА ДОНБАССЕ..... 109
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Андреев Р.Н. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЕЛИОМАГНИТНЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ 97	Гонтарь Е.А., Мороз А.Б., Хохлова Е.А., Гаврилов А.Е. ДИНАМИКА УРОВНЯ КИСЛОТООУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ..... 110
Гавриков А.К. ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБО- ЛЕВАНИЯМИ..... 98	Гончаров В.В., Гридасова Е.И., Кварцхелия Л.Г., Скоробогатый Р.В. ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ 111
Гавриков А.К., Гаврикова Д.И. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ..... 99	Гончаров В.В., Гридасова Е.И., Ясногор Л.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИДУРАЛЬНОГО БЛОКА В ПРО- ФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ 111
Гаврикова Д.И. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПИКОСУЛЬФА- ТОМ НАТРИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮ- ЩИХ ЗАПОРАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ 100	Гончарова В.В., Беликова Я.И. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИ- ТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АКУШЕРСТВЕ..... 112
Гаврикова Д.И., Гавриков А.К. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У БОЛЬНОГО COVID-19 100	Гончарова В.В., Зейналова Ф.А. ГИСТЕРОСКОПИЯ, КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНО- СТИКИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНО- ПАУЗАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ..... 113
Гаркуша А.В., Коноваленко М.А. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛО- КАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ..... 101	Гончарова Т.А., Прохоров Е.В. КОРРЕКЦИЯ ЭНЕРГОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАН- НЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС 114
Гаруст Ю.В. ПРЕПАРАТЫ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗ- РАСТА 102	Горнаева Л.С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ОСТЕО- ХОНДРОЗА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ГРЫЖЕЙ МЕЖПОЗ- ВОНКОВОГО ДИСКА 115
Гинькут В.Н., Талалаенко И.А. ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ 103	Городник Г. А., Ермилов Г.И., Ермилова М.В. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ОПЕРАТИВНОЙ УРОЛОГИИ У ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИ- ЕНТОВ..... 116
Глинкин В.В., Жданов В.Е., Кашанский И.В. МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПРИСТЕНОЧНОГО ДЕНТИНА КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ, ЗАПЛОМБИ- РОВАННЫХ МАТЕРИАЛАМИ ТРЕХ ГРУПП ЭНДОГЕРМЕ- ТИКОВ 104	Городник Г.А., Смирнова Н.Н., Герасименко А.С., Андропова И.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СИ- СТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОЛИНА АЛЬ- ФОСЦЕРАТА В КОМПЛЕКСЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАН- НЫМИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ РАЗРЫВА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ..... 117
Глинкин В.В., Клёмин В.А. СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ДЕНТИНЕ КОРНЯ ЗУБА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМОГО ПЛОМБИ- РОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА..... 105	Городник Г.А., Черний В.И., Андропова И.А., Назаренко К.В., Герасименко А.С., Андропова М.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СИ- СТЕМЫ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ..... 118
Глушко Ю.В., Ершова И.Б. ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ И МОТИВА- ЦИИ НА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ ДЕТЕЙ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ..... 106	
Говоруха И.Т., Железная А.А., Шаров К.В., Зоркова Е.В. ПЛАЦЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА..... 107	

Городник Г.А., Черний В.И., Андропова И.А., Осканова М.Ю., Герасименко А.С., Билошапка В.А., Коноваленко Ю.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕВОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СЕДАЦИИ 119	Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В. ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АНОВУЛЯТОРНЫМ БЕСПЛОДИЕМ..... 131
Госман Д.А. ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ГОРОДА ДОНЕЦКА ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗОМ 120	Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗОСА ВО II И III ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ 132
Гостюк И.М., Титиевский С.В., Воеводина В.С. АНАЛИЗ ЗНАЧИМОСТИ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ 121	Дегтярев О.Л., Шестаков А.М., Красенков Ю.В., Кузнецов В.Д. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ТЕР) В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ..... 133
Грабарь И.В. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОДРОСТКОВ 122	Дегтярь Е.С., Ерошенко С.Ю., Колесников Д.А., Туренко С.А., Кондуфор О.В. СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОАФЕКТИВНЫМ ПСИХОЗОМ И ВЫРАЖЕННОЙ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ..... 133
Гречишкина Т.Ф., Кувенева М.Л., Дубовая Г.А. ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ДЕЙСТВИЯ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ДЕЙСТВИИ ЭПИХЛОРИГИДРИНА 123	Демишева С.Г., Яковлева Э.Б., Сметанина С.Р. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД ИНТЕНСИВНОГО РОСТА..... 134
Гридасов В.А., Домашенко О.Н. УНИВЕРСУМ КАК НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 124	Демкович О.О., Колесникова А.Г., Максимова М.А. К ВОПРОСУ АКТУАЛЬНОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ КАЛЕНДАРЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ СТОЛБНЯКА..... 135
Гридасов В.А., Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Куропятник В.В. ИННОВАЦИОННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ИНИЦИИРОВАННЫЙ ПАНДЕМИЕЙ COVID-19 124	Демяненко А.А., Семений В.Я., Колосова Т.А., Бодаченко К.А. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ АРТРИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА 136
Гринцов А.Г., Седаков И.Е., Совпель И.В., Совпель О.В., Румянцева И.В., Шаловалова Ю.А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ 125	Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Данилов Ю.В., Боева И.А., Тищенко А.В. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ НА КАФЕДРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ С ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ 137
Грядущая В.В. ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ 126	Денисенко А.Ф., Ляшенко Е.Г., Боева И.А., Ермаченко Т.П., Тищенко А.В., Данилов Ю.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ПРОИЗВОДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – ВЫЯСНЕНИЕ РОЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ 137
Гушан Э.С., Довгялло Ю.В. ПРОТИВОРАКОВЫЕ АГЕНТЫ МОРСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ 127	Денисов В.К., Комисаренко Э.Э.МИФЫ, ЛОЖНЫЕ И ПОДЛИННЫЕ ЦЕЛИ В СФЕРЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ..... 138
Давыдова Т.О., Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Варибрус С.А., Захарова О.В., Голубова Т.С. РОЛЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА В ПОЧЕЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 128	Денисов В.К., Захаров В.В., Кириллов Р.А. О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ОРГАНОГО ДОНОРСТВА 139
Данилов Ю.В., Денисенко А.Ф., Ляшенко Е.Г., Боева И.А., Ермаченко Т.П., Тищенко А.В., Ладария Е.Г. МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ БАЗА ПРЕПОДАВАНИЯ ОСТРОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ 129	Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Голубова Т.С., Захарова О.В., Варибрус С.А., Давыдова Т.О., Талан А.С. ВЛИЯНИЕ РАЗНОНАПРАВЛЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОНЕЦКОГО ТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО ЦЕНТРА 140
Данилов Ю.В., Шевченко Т.И., Мотков К.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БАЙЕСА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ (НА ПРИМЕРЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ) 130	Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Голубова Т.С., Варибрус С.А., Давыдова Т.О. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ..... 141
Данилова Е.М. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕТЕРОАГРЕССИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 130	

Дерябина Э.А. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ КИСТИ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ УТРАТЫ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА У ДЕТЕЙ 142	Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Кривущев Б.И., Федотова О.О. АМИНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ КРОВИ И МОЧИ У ДЕТЕЙ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 154
Джерелей О.Б., Якубенко Я.В. ПРОБЛЕМА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕВИАЦИИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 143	Дубовая А.В., Тонких Н.А., Дудчак А.П., Усенко Н.А. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ 155
Джоджуа Т.В. «АТИПИЧНЫЕ» ФОРМЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ПОЗИЦИЙ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ 144	Дьячкова Л.Ю. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЯМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 155
Джоджуа Т.В. НИЗКОЧАСТОТНАЯ ПЬЕЗОТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ 145	Дюба Д.Ш., Луцкий И.С., Марусиченко Е.А. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ 156
Долгополов А.М., Демченко Е.В., Плыс Т.Д. СТАБИЛИЗАЦИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ 145	Дюба Д.Ш. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА ОСТРЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ 157
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ СОЗДАНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СЛУЖБЫ ПО ОКАЗАНИЮ ДИСТАНЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ 146	Евтушенко В.А., Евтушенко О.В., Горошко А.В. ГРИБКОВЫЕ КАНАЛИКУЛИТЫ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН КРАСНОГО ГЛАЗА И СЛЕЗОТЕЧЕНИЯ 158
Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Паниева Д.С. ПЕРСОНИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНЫ КАК ВАРИАНТ ОБНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНБАСА 147	Евтушенко В.А., Евтушенко О.В., Мумрова И.М. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ АМИНАЗИНОМ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ЭНУКЛЕАЦИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЕННОЙ ГЛАУКОМЕ 159
Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Скорик Е.Б. МИКСТ-ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И ИЕРСИНИОЗА 147	Евтушенко Е.И. ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ Г.ДОНЕЦКА 160
Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Хоменко Д.Ю., Куропятник В.В. КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19) У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 148	Евтушенко Е.И., Панченко Д.Р., Токарева А.С. ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА 160
Домашенко О.Н., Куропятник В.В., Гридасов В.А., Хоменко Д.Ю., Слюсарь Е.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ COVID-19 149	Егорова В.В., Кишеня М.С., Луцкий И.С. ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ КАК МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЕ ПОЛИГЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ 161
Доронина О.В., Брынза Н.С., Курмангулов А.А. ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПОЗИЦИИ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА 150	Егорова М.А., Талалаенко Ю.А., Мирович Е.Д. ИНВОЛЮТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИИ 162
Дубинина М. С., Иванова И. А. ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ОКСИДОВ АЗОТА И ДЕФЕНЗИНОВ КАК МАРКЕРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ 151	Егорова М.А., Талалаенко Ю.А., Мирович Е.Д., Карандей Ж.В. ОПТИМИЗАЦИЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА ГИНОДЕК 163
Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Дудчак А.П., Тонких Н.А., Баешко Г.И., Соколов В.Н., Марченко Е.Н., Усенко Н.А., Сосна В.В., Науменко Ю.В. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ И СЛУШАТЕЛЕЙ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ №3 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 152	Егорова М.А., Талалаенко Ю.А., Петренко С.А. ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНЕЙ 164
Дубовая А.В., Марченко Е.Н., Бордюгова Е.В., Юлдашева С.А. МЕГАЛОБЛАСТНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 153	Егорская А.Т., Шуткова А.Ю. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ УДВОЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННОГО 165
	Егорская Е.Т., Стельникова И.Г., Карпова И.Ю. АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ АППЕНДЕКТОМИИ 165

Ельский В.Н., Городник Г.А., Пищулина С.В., Чернобривцев П.А., Кишеня М.С. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ 166	Жилыев Р.А., Антипов Н.В., Сироид Д.В., Шеменева А.С. ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ БОКОВОГО КОЖНОГО НЕРВА БЕДРА 179
Емельяненко К.С. БИОЭТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ В ДНР 167	Жуков М.И., Стефкиская О.В. МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ИХ АСИММЕТРИИ 180
Емельянова Е.С., Герман О.П., Минаков Г.Р. АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРМИЧЕ- СКИХ ПОРАЖЕНИЙ В Г. ДОНЕЦК 168	Журбий О.Е., Налетов А.В., Зуева Г.В. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: КРАТКИЙ ОБЗОР 181
Ермаченко А.Б., Котов В.С., Пономарева И.Б., Садеков Д.Р., Темертей С.И. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖА- ЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕ- НИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА 169	Журбий О.Е., Налетов А.В., Назаркина В.Б. ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ, ТАКТИКА И РЕ- ЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТА- ЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 182
Ермаченко А.Б., Пономарева И.Б., Котов В.С., Садеков Д.Р. ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ РАБОТЫ В САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ 170	Заворотный О.О., Зиновьев Е.В., Костяков Д.В. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ ПАРАМЕТРОВ В СИСТЕМЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВЕРОЯТНОГО ЛЕТАЛЬНОГО ИС- ХОДА У ОБОЖЖЕННЫХ 183
Ермаченко А.Б., Пономарева И.Б. ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ РАБОТЫ В САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ 170	Зайнетдинова Д.З., Брынза Н.С., Курмангулов А.А. АНАЛИЗ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ТЮМЕНИ 183
Еромянц И.С., Партас О.В., Косенкова-Дудник Е.А., Селиванова Е.С. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ 171	Заславский А.С. ИТОГИ 10 ЛЕТ АНАЛИЗА РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕ- СПУБЛИКИ КОМИ. ПАЦИЕНТЫ С ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА 184
Ершова И.Б., Рещиков В.А., Бондаренко Г.Г. РОЛЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В ЖИЗНИ РЕБЕНКА 172	Заславский А.С., Пенина Г.О., Помников В.Г. ИТОГИ ДЕСЯТИ ЛЕТ АНАЛИЗА РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕСПУБЛИКИ КОМИ. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГО- ВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЙОНАХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА 186
Ершова И.Б., Стеценко А.Г., Молчанова В.А. ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, НАХОДЯ- ЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ 173	Захарова И.И. ТЯЖЕЛЬ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВЫДЕЛЕНИЯ ВИ- РУСА 187
Жадан Е.С. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ХАНТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19. 174	Захарова Л.А., Безкаравайный Б.А., Бобровицкая А.И. ИНФОРМАТИВНОСТЬ СПЕКТРА ОРГАНОСПЕЦИФИ- ЧЕСКИХ ЭНЗИМОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С В ФАЗЕ РЕМИССИИ У ДЕТЕЙ 187
Жанетова М.М., Шаликова Л.О. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО СПЛЕТЕНИЯ У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА 18-22 НЕДЕЛЬ РАЗВИТИЯ 175	Захарова О.В., Денисов В.К., Захаров В.В. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЮБИЛЕЙНОГО X ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ТРАНС- ПЛАНТОЛОГОВ 188
Жарикова Е.А. К ВОПРОСУ О РИСКАХ УГОЛОВНОГО ПРЕСЛЕДОВА- НИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТ- НИКОВ 176	Захарченко А.А., Смотрова Е.Д., Ильяшенко А.А. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНО- СТИ ТЕРАПИИ ДИССОМНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА 189
Жданов В.Е., Макеев Г.А., Яворская Л.В., Бутук Д.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ АТТЕСТАЦИИ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОЧНОГО И ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ 177	Зиновьев Е.В., Солошенко В.В., Костяков Д.В., Крылов П.К. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 190
Железная А.А., Джеломанова О.А., Слюсарь-Оглух Т.И. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ТАЗОВОЙ БОЛИ 177	Золотухин С.Э., Аль Давуд Амджад, Понсе Прадо А.О., Мутык М.Г., Бондаренко Н.В., Клочков М.М., Булатова М.А. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ И СФИН- КТЕРСОХРАНЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЙ 191
Жидких Т.Н. К ВОПРОСУ О ПРИНЦИПАХ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВА- НИЯ 178	

Зубак А.С., Нассер Х. ПОИСК ДОЗИРОВКИ ТРОМБОВАЗИМА ДЛЯ УСТРАНЕ- НИЯ ТРОМБОЗА ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	192	Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Ляшенко Е.Г., Денисенко А.Ф., Васякина Л.А ДИНАМИКА КУМУЛЯТИВНОГО ИНДЕКСА У БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗ- НЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ 6-ТИ МЕСЯЧНОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮ- ДЕНИЯ	206
Зубаревская О.А. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГНЕЗДНОЙ АЛО- ПЕЦИИ	193	Игнатенко Г.А., Ряполова Т.Л., Джоджуа А.Г., Первак М.Б., Костюкова Н.Ю., Басий Р.В. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБ- РАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 ..	207
Зубенко И.В., Поважная Е.С., Терещенко И.В., Пеклун И.В. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНО- ГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	194	Игнатенко Г.А., Тарадин Г.Г., Ватутин Н.Т., Ракитская И.В., Цыба И.Н., Калуга А.А., Шевелек А.Н., Склянная Е.В., Мало- вичко И.С., Барабаш А.Е. ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ КАРДИОЛОГОВ Г. ДО- НЕЦКА О ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДО- КАРДИТА СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙ- СКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 2015 Г.....	208
Зуева Г.В., Масюта Д.И., Шапченко Т.И., Журбий О.Е. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУ- ДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	195	Игнатенко Г.А., Романова Л.А. ИДЕНТИФИКАЦИЯ И КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕ- НИЕ АТЕНОЛОЛА	209
Зуева Г.В., Шапченко Т.И., Левченко Л.А. ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМА И ПУТИ РЕШЕНИЯ	196	Ильина К.Д. К ВОПРОСУ О СООТНОШЕНИИ ПРАВА И МОРАЛИ В ЗА- КОНОДАТЕЛЬСТВЕ ФАШИСТКОЙ ГЕРМАНИИ ВРЕМЕН ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ.....	210
Евтушенко С.К., Голубева И.Н., Бурцева Т.О. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭВЕРОЛИМУС И САБРИЛ ВПЕРВЫЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ У РЕБЕНКА С ЭПИЛЕПСИЕЙ ПРИ ТУБЕРОЗНОМ СКЛЕРОЗЕ	197	Ильяшенко А.А., Пылаева М. А., Палько Ю.В., Вертепная Е.Т., Бортникова А.К. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА	211
Евтушенко С.К., Гагара Д.А., Прохорова Л.М. СПОНТАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ И ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ «НАСИЛЬСТВЕННОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ» ЭЭГ У ДЕТЕЙ С ФАРМАКОРЕ- ЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ (СИНДРОМ ЛАНДОЛЬТА).....	198	Исакова Л.А., Пенина Г.О. ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У РЕАБИЛИТАНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА	212
Евтушенко С.К., Гагара Д.А., Прохорова Л.М. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, ОБУСЛОВЛЕН- НОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ СНА (СИНДРОМ ПАТРИ-ТАССИНАРИ).....	199	Ищук И.П., Байбуз Б.В., Савченко А.Э. Научный руководи- тель- проф. Седаков И. Е. ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ И ВНУТРИВЕННАЯ ХИМИО- ТЕРАПИЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ	213
Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Прохорова Л.М., Челпан Л.Л., Егорова Т.А., Москаленко С.В., Панова Н.В. ИДЕНТИФИКАЦИЯ СИНДРОМА БАРТТЕРА У РЕБЕНКА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТЯЖЕЛОГО ГНОЙНОГО МЕНИН- ГОЭНЦЕФАЛИТА.....	200	Кабанько Т.П., Мельников А.Ю., Смирнова Н.Н., Давыдова Т.О. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ БЕРЕ- МЕННЫХ ЖЕНЩИН, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ	214
Иваненко А.А., Ковальчук О.Н., Лившиц Г.Н., Курилов В.Л. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕ- НИЯ КАРОТИДНЫХ ПАРААНГИОМ	201	Каладзе Н.Н., Ющенко А.Ю. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГО- РОДКИ.....	215
Иванова И.П., Романенко К.В., Давлеева М.Д. ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ У ДЕТЕЙ	202	Калачёв М.В., Скорик П.О ВЫБОР СПОСОБА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКРАДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	215
Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Дубовик А.В. БИОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....	203	Калинкин В.М. К ПРОЕКТУ УНИВЕРСАЛЬНОГО МНОГОЯЗЫЧНОГО УЧЕБНОГО СЛОВАРЯ-СПРАВОЧНИКА НОВОГО ТИПА ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ (ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕД- ПОСЫЛКИ И МОДЕЛЬ СЛОВАРНОЙ СТАТЬИ).....	216
Игнатенко Г.А., Дубовик Д.С. СОСТОЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ КОНТРОЛЯ ГАСТРИНПРОДУЦИРУЮЩИХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫМ РЕФЛЮК- СОМ.....	204		
Игнатенко Г.А., Игнатенко Т.С., Денисова Е.М., Сергиенко Н.В., Дубовик А.В., Евтушенко И.С. ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИ- ПЛИНЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ.....	205		

Калинкин О.Г., Лобанов Г.В., Гридасова Е.И., Калинкин А.О., Василенко В.И. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ 217	Киреев А.В., Агарков А.В., Алиев Э.Ф. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ШКОЛ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 229
Калиновская Я.Д., Антипов Н.В., Калиновский Д.К. ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ..... 218	Кишеня М.С., Пищулина С.В., Чернобривцева М.П. ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА РАЗВИТИЕ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 229
Калиновская Я.Д., Антипов Н.В., Калиновский Д.К. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 219	Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Джеломанова Е.С. ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ GESTАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 230
Калиновский Д.К., Каминский А.Г., Островский Г.Л. ПРИМЕНЕНИЕ СПП «KORONIDA» ДЛЯ РАБОТЫ С БАЗАМИ ДАННЫХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ..... 220	Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Чурилов А.А. ВЛИЯНИЕ GESTАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ 231
Капранов С.В., Евтушенко Е.И., Проскуряков В.Д. ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА 220	Князева А.К., Блудова Н.Г., Комарова Е.Б., Ребров Б.А. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ГИПОТИРОИДНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ..... 232
Капранов С.В., Капранова Г.В. К ВОПРОСУ ВНЕДРЕНИЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОСНОВАННОЙ НА ТЕОРИИ «ТРЕХ ЗВЕНЬЕВ» 221	Коваленко С.Р., Голоденко О.Н., Бойченко А.А. ОСОЗНАНИЕ НАЛИЧИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАСТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ 233
Кардаш А.М., Кардаш В.П., Коровка С.Я. ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ 222	Коваленко Т. И., Лелихова Л. П., Медведева В.В., Бобровицкая А. И. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА У ПОДРОСТКА 234
Кардаш А.М., Коровка С.Я., Кардаш В.П. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА 223	Коваленко Я.О., Коваленко О.Г., Осипенкова Т.С. ОДНОКРАТНАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ КАК АЛЬТЕРНАТИВА КУРСУ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ В ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД 234
Кароли Н.А., Зарманбетова О.Т. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ 224	Колесникова И.А., Пискунова Н.В., Василенко И.В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРОГЕНЕЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ 235
Касьяненко Н. Е. ВЕРБАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПТА КРОВЬ В ПОЭЗИИ А. АХМАТОВОЙ 225	Колесников А.Н., Гридасова Е.И., Кучеренко Е.А., Гончаров В.В., Кварацхелия Л.Г., Скоробогатый Р.В. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КУРСОВ ПО COVID 19 В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИЧЕСКОГО КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА..... 236
Качанов Б.А., Борисова Е.С., Березнёв В.К. Научный руководитель – проф. Седаков И.Е. РЕЗУЛЬТАТЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА 226	Колесников А.Н., Гончаров В.В., Гридасова Е.И., Кучеренко Е.А., Кварацхелия Л.Г., Скоробогатый Р.В. ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ « АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ»: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ..... 237
Качанова Е.В. МЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА И ВОЛОС 227	Колкин Я.Г., Вегнер Д.В., Дудин А.М., Ступаченко О.Н., Филахтов Д.П. ОСТРАЯ ГНОЙНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ: ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ 237
Киосев Н.В. ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ С РИСКОВЫМИ ФОРМАМИ ПОВЕДЕНИЯ..... 227	Колкин Я.Г., Кузьменко А.Е., Хацко В.В., Межаков С.В., Греджев Ф.А., Мамисашвили З.С., Шаталов С.А. СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 238
Киосева Е.В., Пацкань И.И., Бешуля О.А. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ..... 228	

Колкин Я.Г., Момот Н.В., Хацко В.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В., Ступаченко О.Н., Колкина В.Я. КИШЕЧНИК – В ДЕФЕКТЕ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ 239	Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Максименко О.Л., Бубликова А.М. ВЫСШЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИНА ПРИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)..... 251
Колоколова Е.В. ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ОТНОШЕНИИ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ОПИСТОРХОЗОМ И МЕР ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ..... 240	Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Коценко В.П., Бубликова А.М., Максименко О.Л., Полторак А.П. «МАСКИ» ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 252
Колоколова Е.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМ ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА 240	Кравченко А.В., Труфанов И.М., Рыбалко А.С., Юрченко Н.Н. ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В РАЗЛИЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ЗОНАХ 253
Коломиец В.В., Панчишко А.С. ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА МАГНИЯ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 241	Кравченко А.В., Труфанов И.М., Кирьякулова Т.Г., Юрченко Н.Н., Рудской С.А. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ..... 254
Комаревская Е.В., Макарова Н.Я. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ОКТЕНИДОЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА... 242	Кравченко А.И. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 255
Комисаренко Э.Э., Денисов В.К., Ильина А.С. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ. КЛЮЧЕВЫЕ МЕССЕДЖИ 243	Краснощёких А.А. СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ РОЗАЦЕА П О ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ 255
Корбан Е.Л. ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ НА РАБОТУ УЧРЕЖДЕНИЙ КИРОВСКОГО РАЙОНА Г.ДОНЕЦКА..... 244	Кремлева О.В. ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБУЧЕНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ 256
Косенкова-Дудник Е.А. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАСТАВЛЕНИЯ В ЛАТИНСКИХ АФОРИЗМАХ..... 245	Кремлева О.В. РЕКОМЕНДАЦИИ К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ПОДХОДУ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТОЗОВ 257
Косов А.А., Шевченко А.С. ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТОМ ПЕРИОДЕ..... 246	Кривенко С.Н., Медведев Д.И. КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ..... 257
Костенко В.С., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Кабанько Т.П. ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ..... 246	Кривенко С.Н., Медведев Д.И. ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ..... 258
Костяков Д.В., Зиновьев Е.В., Солошенко В.В. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АТМОСФЕРНОЙ ПЛАЗМЫ НА РАЗРАБОТАННОЙ МОДЕЛИ ОЖОГА III СТЕПЕНИ..... 247	Кривоносова Я.Е. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА..... 259
Костямин Ю.Д., Греков И.С. ПЕРИПРОЦЕДУРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА – «БЕЛОЕ ПЯТНО» СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ..... 248	Кривуцев Б.И. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ОСНОВА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ 260
Котранова М.В., Ханбикова Э.Р., Беляева Ю.Н. ОЦЕНКА УРОВНЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА 249	Кривуцев Б.И. ИНТЕРИОРИЗАЦИЯ – БАЗОВЫЙ ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ..... 261
Коценко Ю.И., Статинова Е.А. КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 250	Крылышкина С.Ю. МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ 262
	Кувенева М.Л., Кувенёва О.Н., Гречишкина Т.Ф. ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭПИХЛОРГИДРИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА, А ТАКЖЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛУДКА КРЫС И КОРРЕКЦИЯ ВЫЗВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКСТРАКТОМ ЭХИНАЦЕИ ПУРПУРНОЙ..... 263

Куглер Т.Е. БЕЗОПАСНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ.....	263	Кучеренко Н.П., Гончарова Л.А., Бобровицкая А.И., Кова- ленко Т.И., Медведева В.В., Голосной Э.В., Лепихова Л.П., Кандаурова И.А. СЛУЧАЙ СТОЛБНЯКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОНИСТА	276
Кузнецова И.В., Потапов В.В. ТЕНЗИО- И РЕОМЕТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПАЦИ- ЕНТОВ ОПЕРИРОВАННЫХ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	265	Кучеренко Н. П., Коваленко Т. И., Гончарова Л. А., Медведе- ва В.В., Лепихова Л. П., Бобровицкая А. И. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА У ПОДРОСТКА	277
Кузьменко А.Е., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Межаков С.В., Коссе Д.М. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА266		Ларюшева Т.М., Баранов А.Н., Истомина Н.Г., Макаровская Е.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РОДОВ У ПОДРОСТКОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ 20 ЛЕТ	278
Кулемзина Т.В., Криволап Н.В., Красножон С.В. АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ	267	Ластков Д.О., Ежелева М.И. МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В Г. ДОНЕЦКЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ	279
Куляс В.М. УРОВНИ РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ Г. МАКЕЕВКИ ПРИ МНОГОСРЕДОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ И ПИТЬЕВУЮ ВОДУ	268	Ластков Д.О., Ежелева М.И. ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАС- СА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	280
Куляс В.М., Ветров С.Ф. ПРИОРИТЕТНЫЕ ФАКТОРЫ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ НЕКАНЦЕРОГЕННЫЙ РИСК ЗДО- РОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА	269	Лебедева Е.А., Джандигов Х.Б., Перепелин Р.В. РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ТЯЖЕЛЫХ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ СИНДРОМ АПНОЭ СНА.....	281
Куляс В.М., Мельник А.В., Валигун Я.С. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЭКОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ ТЕХНОГЕННОГО ЗА- ГРЯЗНЕНИЯ.....	270	Лебедева Е.А., Никитина Н.В., Шаршов Ф.Г. ВАРИАНТЫ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНО- СТЬЮ	282
Куркурин К.К., Ежов Д.А. НАРУШЕНИЕ СНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕ- МЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ	271	Левченко Л.А. ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У НЕДО- НОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ.....	283
Курмангулов А.А. ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВОЧНО- ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ НАВИГАЦИОННЫХ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИЙ- СКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	272	Левченко Л.А., Саркисян Е.А. ИЗМЕНЕНИЯ КОС У НЕДОНОШЕННЫХ С РЕСПИРА- ТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ	284
Курочка Е.С. , Пополитов Е.Е., Мальгин Г.А., Романенко С.В. Научный руководитель – проф. Седаков И. Е. ЭМБОЛИЗАЦИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В ЛЕЧЕНИИ КОЛО- РЕКТАЛЬНЫХ РАКОВ В ПЕЧЕНИ	273	Левченко Л.А., Скосарева Г.А. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СОВОКУПНОСТИ НОВОРОЖДЁН- НЫХ, РОЖДЁННЫХ В ТЯЖЁЛОЙ АСФИКСИИ	285
Куршин Д.В., Социлин А.В., Зборовский С.Р., Миминошвили В.Р., Хомутова С.Е. ДИНАМИКА ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗ- НЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПОКСИ- ГИПЕРОКСИТЕРАПИИ.....	273	Левченко Л.А., Скосарева Г.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ APGAR У НЕДОНОШЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	286
Курышева О.А., Мацынина Н.И., Якимчук Н.В., Михеева А.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА НА ДОНБАССЕ	274	Левченко Л.А., Фёдорова Т.В. ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ СДВИГОВ В ПУПОВИН- НОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	287
Кустов Д.Ю., Стоялова Ю.В., Москаленко А.М., Ашихман С.А. ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА СОЗ БЕЛЫХ ЛАБОРАТОР- НЫХ КРЫС С МОДЕЛЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	275	Легостаева М.С., Клочков М.М., Золотухин А.С. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИ- ЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID – 19.....	289
		Легостаева М.С., Клочков М.М., Красноштан В.В., Золотухин А.С. СХЕМА FLOT У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКТА- БЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА: ЗА И ПРОТИВ	290
		Лейкина В.В. СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА В МЕЖМОРБИД- НЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОН- ХИТОМ	290

Лепшина С.М., Атаев О.В. СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	291	Лубенская О.А., Абрамов В.Ал., Бойченко А.А., Трошина Е.О. ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ.....	303
Лепшина С.М., Дубосар Е.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	292	Лубенская О.А., Абрамов В.Ал., Бойченко А.А.Трошина Е.О. ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ.....	304
Лепшина С.М., Ряполова Т.Л., Лепшина Е.А., Дубосар Е.В. ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	293	Луганский Д.Е., Калининченко Ю.А. ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ.....	305
Лещинский П.Т., Валиев О.А., Победенный А.А. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ.....	294	Луцкий И.С., Бугашев К.С., Марусиченко Е.А., Ефименко М.В. ТРАНСЛИНГВАЛЬНАЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ КАК НОВЫЙ И ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	306
Лимаренко М.П., Дубовая А.В., Бордюгова Е.В. ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	295	Луцкий И.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В., Луцкая Е.И., Фомина Е.А. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПАТОФИЗИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА.....	307
Линчевская Л.П., Бондаренко Н.Н., Пищулина С.В., Стрельченко Ю.И., Михайлова Т.И. Кишеня М.С., Фабер А.И., Есаулов А.Д. МЕТОД МАЛЫХ ГРУПП КАК СПОСОБ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ.....	296	Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И., Ефименко М.В., Гольцман И.Ю. ОКСИДАТИВНАЯ СИСТЕМА И ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА.....	308
Линчевский Г.Л., Головкин О.К., Колесников А.Н., Абдулин Р.Ф., Бессонов Д.А. О НЕКОТОРЫХ НОВЫХ ВЗГЛЯДАХ НА ПРОБЛЕМУ БЛД У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	297	Лыгина Ю.А., Беседина Е.И., Мельник В.А., Демкович О.О. ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.....	309
Липатов В.А., Северинов Д.А. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ГУБЧАТЫХ АППЛИКАЦИОННЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ.....	297	Любезная Ю. А., Аблова Р. С. ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.....	310
Листратенко Д.А., Кардаш А.М., Листратенко А.И., Ващенко А.В. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ЧЕРЕПА В УСЛОВИЯХ ВОЙНЫ В МЕГАПОЛИСЕ С 2014 ПО 2020 ГГ.....	298	Любезная Ю. А., Аблова Р. С., Букачев В. Ю., Домнич В.С. ОТНОШЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ГОМЕЛЯ К ВАКЦИНАЦИИ.....	310
Литвинов Г.А., Яровая О.А., Литвинова О.Н. ДИАГНОСТИКА ЭВАКУАТОРНОЙ СПОСОБНОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПорами ПРИ ВРОЖДЕННЫМ АНОМАЛИЯМ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	300	Любезная Ю.А., Аблова Р.С., Букачев В.Ю., Домнич В.С. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СТРЕССА НА КАЧЕСТВО СНА СТУДЕНТОВ.....	311
Лихолетов А.Н. СИНДРОМ ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА.....	301	Ляшев А.Ю. АНТИМИКРОБНЫЕ ПЕПТИДЫ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ НОВЫЙ КЛАСС АНБИТИОКОВ.....	312
Лобанов Г.В., Труфанов И.М., Кирьякулова Т.Г., Островерхов О.А., Мазниоглов А.В. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ PRP-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	301	Мадалиева С.Х., Исмаилов Ш.Т. ИССЛЕДОВАНИЕ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ МОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА И ШКОЛЬНИКОВ.....	313
Лохматова И.А., Ершова И.Б. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	302	Майлян Э.А., Адунц А.Г., Немсадзе И.Г., Костецкая Н.И. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....	314

Майлян Э.А., Чурилов А.В., Немсадзе И.Г., Миревич Е.Д., Глазков И.С. ОСТЕОИММУНОЛОГИЯ – НОВАЯ ОБЛАСТЬ НАУЧНЫХ ЗНАНИЙ.....	315	Масенко В.В., Сохина В.С., Авсянкина Е.В., Скороход А.М. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ	325
Макиенко В.В. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ В ЛОКАЛЬНОЙ ВОЙНЕ В ОЖГОВОМ ОТДЕЛЕНИИ ИНВХ ИМ.В.К. ГУСАКА МЗ ДНР В 2015-2019 ГОДАХ.....	316	Масенко В.В., Сохина В.С., Авсянкина Е.В., Скороход А.М. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА	326
Макогон В.Д., Веремьев Н.Е., Петренко А.С., Мальгин Г.А. Научный руководитель – проф. Седаков И.Е. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КАРБОКСИМАЛЬТОЗЫ ЖЕЛЕЗА В СРАВНЕНИИ С ФЕРУМОКСИТОЛОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	317	Масенко В.В., Сохина В.С., Бубликова А.М., Скороход А.М. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПАРКИНСОНИЗМА.....	327
Максютенко С.И., Бессмертный А.А., Бессмертная Ю.В. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В СТОМАТОЛОГИИ	318	Масенко В.В., Сохина В.С., Бубликова А.М., Скороход А.М. МУТАЦИИ ГЕНА MTHFR КАК ОДИН ИЗ ИНДУКТОРОВ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ	328
Максютенко С.И., Осипенкова Т.С., Попко А.Н., Бессмертный А.А., Коваленко Я.О. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ» НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ СТОМАТОЛОГИИ ФИПО ГОУ ВПО ДОНЕЦКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО ..	319	Масенко В.В., Сохина В.С., Гольнева А.П., Сигитова Е.В. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ	328
Малинин Ю.Ю., Шапаренко Э.В., Захаров В.В., Кривобок А.А., Волошин В.В., Григорян Х.В., Малинин Г.Ю. СТРУКТУРА МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА КОНКРЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	319	Масенко В.В., Сохина В.С., Гольнева А.П., Шевченко В.В. ФЕНОМЕН НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ, КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА	329
Малинин Ю.Ю., Шапаренко Э.В., Кривобок А.А., Ковач А.В., Присяжнюк Е.Н. МЕТОД ПАЛЛИАТИВНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	320	Масенко В.В., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Федько В.Г. ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНЫХ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	330
Мамедов К.И. ТАКТИКА ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	321	Масенко В.В., Сохина В.С., Максименко О.Л., Скороход А.М. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ПРИ ПРЕХОДЯЩИХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	331
Мараховская В.С., Безкаравайный Б.А. НЕКОТОРЫЕ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	322	Масенко В.В., Сохина В.С., Самисько В.Э., Выхованец Н.Ю., Скороход А.М. ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЗЕРКАЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ.....	331
Марусиченко Е.А., Евтушенко С.К., Луцкий И.С., Ахмедов Э.Н., Серых Т.В. СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)	323	Масенко В.В., Сохина В.С., Скороход А.М., Максименко О.Л. ПЕРСПЕКТИВЫ РЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	333
Марусиченко Е.А., Симанов Р.В., Землянская А.В., Курушкина Е.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.....	324	Масенко В.В., Сохина В.С., Скороход А.М., Федько В.Г. ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧНОСТИ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА (ОБЗОР).....	333
Марусиченко Е.А., Филимонов Д.А., Дюба Д.Ш., Ахмедов Э.Н., Чижевская О.И. ПРЕДИКТОРЫ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СОЧЕТАНИИ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	325	Масенко В.В., Сохина В.С., Скороход А.М., Шевченко В.В. МЕСТО НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ В МЕХАНИЗМЕ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛИ	334
		Масенко В.В., Сохина В.С., Федько В.Г., Скороход А.М., Женжеруха Д.О. ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ОЧАГОВЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОЗОМ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ.....	335
		Масенко В.В., Статинова Е.А., Гольнева А.П., Сигитова Е.В., Женжеруха Д.О. ДНК-ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДРАВЕ, СВЯЗАННОГО С ГЕНОМ SCN1A	336
		Масюта Д.И., Налетов А.В., Зуева Г.В., Чалая Л.Ф. РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ	337

Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Шабан Н.И., Курьшева О.А. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕН- ЦИИ НА ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИН- СКОГО ВУЗА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ» 338	Мирекина Е.В., Галимзянов Х.М. СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КГЛ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБ- ЛАСТИ..... 349
Махновский А.И., Эргашев О.Н., Барсукова И.М., Касимов Р.Р., Исаев М.В. АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ЭВАКУАЦИОННОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ТРАВМО- ЦЕНТРАХ II И III УРОВНЯ..... 338	Мирович Е.Д., Мирович Е.Е., Егорова М.А., Петренко С.А., Талалаенко Ю.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕ- НИЯ ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЫ МАТКИ 350
Махновский А.И., Эргашев О.Н., Барсукова И.М., Касимов Р.Р. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ВОЕННО- МЕДИЦИНСКАЯ ДОКТРИНА И ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН 339	Мироненко Д.М., Железная А.А., Яковлева Э.Б., Холодняк Т.И. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИЙ РО- ДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ..... 351
Махновский А.И., Алексеева А.И., Долгов И.М., Барсукова И.М., Эргашев О.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕПЛОВИДЕНИЯ ДЛЯ СКРИНИН- ГОВОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАРАНАЗАЛЬНОГО СИНУСИТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ..... 340	Миринова К.А. СТАДИЯ-ЗАВИСИМОЕ ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ДЕГИ- ДРОГЕНАЗ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В КРОВИ БОЛЬ- НЫХ РАКОМ ЛЕГКИХ 352
Мацынин А. Н., Чурилов А. В. ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛЯТАЦИЯ, КАК МАРКЕР ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ЙОДНЫМ ДЕФИЦИТОМ 341	Митрохин К.В. ИЗМЕНЕНИЕ СИМПАТИЧЕСКОГО И ПАРАСИМПАТИ- ЧЕСКОГО ТОНУСА У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ..... 352
Мельник Ал.В., Мельник К.В., Лыгина Ю.А., Беседина И.Е. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОФИЛАК- ТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ 342	Митрохин К.В. ОБНОВЛЕНИЕ СИСТЕМАТИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕН- НЫХ СРЕДСТВ И ВЕЩЕСТВ ВЛИЯЮЩИХ НА ГАМК- ЭРГИЧЕСКУЮ ТОРМОЗНУЮ СИСТЕМУ ЦНС..... 353
Мельник В.А., Беседина Е.И., Демкович О.О., Лыгина Ю.А. ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ НА ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ ПО АКТУАЛЬ- НЫМ ВОПРОСАМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕК- ЦИИ 343	Михайличенко В.Ю., Костямин Ю.Д., Греков И.С. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТА- ТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 354
Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Антонова А.А., Андреев Р.Н., Толстюк В.И. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ПАРЕНТЕРАЛЬ- НЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУ- БЛИКЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 344	Михайличенко Е.С., Багрий А.Э., Щукина Е.В., Кардашев- ская Л.И., Ракитская И.В., Аршавская И.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ВАЛСАРТАНОМ И СПИРО- НОЛАКТОНОМ МЕТОДОМ АМБУЛАТОРНОГО МОНИТО- РИРОВАНИЯ АД..... 355
Мельник В.А., Мельник А.В. ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНО- СТИКИ НА ДО И ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ЭТАПАХ ОБУЧЕ- НИЯ 345	Мишина Н.В. ФИТОНИМЫ ВО ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ОБОРОТАХ РУССКОГО ЯЗЫКА 355
Мельниченко В.В., Голоденко О.Н., Альмешкина А.А., Коваленко С.Р. ПСИХОТИЧЕСКАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ 346	Мозговая Н.В., Осипенкова Т.С., Бессмертная Ю.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОМАТЕРИАЛОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ-ОРДИНАТОРОВ ... 356
Мехова Г.А, Мехова Л.С., Степанова М.Г. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕ- ЛИЯ) 348	Морозова Н.И., Морозова Н.А., Железная А.А., Ельская С.Н. ЛАКТАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ И БЕЛКОВЫЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ..... 357
Милус И.Е., Проценко О.И. ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИ- ЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ..... 348	Морозова Н.И., Морозова Н.А., Тацкий В.Н. ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ..... 358
	Москаленко С.В., Сушков Н.Т., Моисеев А.М., Гриненко Д.В. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПАНКРЕ- АТИТОМ 359

Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф., Налетов А.В., Волковая Э.И., Рыбакова Т.А. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ.....	360	Налетов А.В., Карпенко Д.А., Масюта Д.И. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САПЛЕМЕНТАЦИИ ВИТАМИНА D В ОТНОШЕНИИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....	371
Музычина А.А., Бугоркова И.А., Левенец Н.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗОРБИРУЕМЫХ МЕМБРАН «GEISTLICH BIO-GIDE» ПРИ ПЛАСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДОГО НЕБА У ДЕТЕЙ.....	361	Налетов А.В., Мацынина Н.И., Чалая Л.Ф., Лянник В.А., Фролова И.Е. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ – РИСКИ ДЛЯ БУДУЩЕГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА.....	372
Музычина А.А., Бугоркова И.А., Тутова К.С., Вашура А.А. ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	361	Налетов А.В., Свистунова Н.А. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СОБЛЮДЕНИЯ ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ ДИЕТ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ.....	373
Музычина А.А., Музычина А.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ И ВНУТРИВЕННОГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	362	Небесная Л.В. СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....	374
Мурзакаев А.А., Есина О.Б. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	363	Нестеренко З.В. ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ РУКОВОДСТВ.....	375
Мухин И. В., Мельник И. В., Социлин А. В. АНТИФИБРОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ COVID-19.....	364	Махмутов Р.Ф., Бобровицкая А.И., Шабан Н.И., Настобурко В.В.* КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	376
Мухин И. В., Мельник И. В., Социлин А. В. АНТИФИБРОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ COVID-19.....	365	Нестеров В.В., Гришечкин В.Ю., Третьяков В.А. СЕПСИС У ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ.....	377
Мухин И. В., Социлин А. В., Мельник И. В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА.....	366	Николенко В.И., Статинова Е.А., Никитенко Д.В., Сохин С.А., Никитенко С.Н. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПОРАЖЕНИЮ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ: НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НЕФРОПАТИИ.....	378
Мухин И.В., Кошелева Е.Н., Прилуцкая О.А., Зборовский С.Р., Социлин А.В., Миминошвили В.Р., Пушкарук В.В., Хомутова С.Е. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА НА КАФЕДРЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №4.....	367	Николенко О.Ю. НАРУШЕНИЯ В КЛЕТОЧНОМ ЗВЕНЕ ИММУНИТЕТА У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	379
Мухин И.В., Кошелева Е.Н., Прилуцкая О.А., Зборовский С.Р., Социлин А.В., Миминошвили В.Р., Пушкарук В.В., Хомутова С.Е. РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ.....	368	Николенко О.Ю. НАРУШЕНИЯ В ГУМОРАЛЬНОМ ЗВЕНЕ ИММУНИТЕТА У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	379
Мухин И.В., Социлин А.В. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	369	Никонова Е.М., Лашина И.М., Шатохина Я.П., Некрасов Ю.И. ПРОБЛЕМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРИОД ОСОБОГО САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО РЕЖИМА.....	380
Мухина В.И. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАНОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТЯЖЕЛЫМ ШОКОМ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ.....	369	Никулина Е.Э., Чуков А.Б., Гольцман И.Ю., Сергиенко М.В. СТРАХИ: ИХ АКТУАЛИЗАЦИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.....	381
Налетов А.В., Гуз Н.П., Каспир Д.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОБИОТИЧЕСКОГО ДИСБАЛАНСА ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФЕКЦИОННЫМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	370	Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Клецова М.И., Смолякова Я.А. ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ.....	382
		Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Клецова М.И., Смолякова Я.А. ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИНТЕГРЛЬНОСТЬ.....	383

Налётова О.С., Налётов С.В., Алесинский М.М., Галаева Я.Ю., Сидоренко И.А., Белевцова Э.Л., Твердохлеб Т.А. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАННОЙ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ.....	384	Паниева Д.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКИХ И ВЫСОКИХ ДОЗ ДЕКСАМЕТАЗОНА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И ЯВЛЕНИЯМИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	397
Оборнева О.В. ИМЯ МЕЖДУ ДВУХ МИРОВ	384	Панкратьева О.С., Юрова Ю.В., Крылов П.К., Зиновьев Е.В., Вагнер Д.О., Лихонос Л.М. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЖОГОВ И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....	397
Оганян К.А., Оганян К.А., Мезников А.А. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛОКАЛЬНОГО ИСТОНЧЕНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	385	Парамонова Т.И. ИНОЯЗЫЧНЫЕ ТЕРМИНЫ-НЕОЛОГИЗМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.....	398
Окулов М. В., Берозашвили А. Т. О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К АНАЛИЗУ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ШТАТОВ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	386	Партас О.В., Селиванова Е.С., Косенкова-Дудник Е.А., Еромянц И.С. ФОРМЫ МОТИВАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	399
Олейник Т. В., Михальченко Е. А. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ХРАНЕНИЯ.....	387	Пархомчук Д.С., Оберемок С.Е., Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Решетило Н.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ОТДЕЛА ГУ «ЛУГАНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ» ЛНР	400
Онищенко Е.В., Денисов В.К., Захаров В.В., Варибрус С.А., Комисаренко Э.Э., Голубова Т.С., Захарова О.В., Давыдова Т.О. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	388	Пасечник Т.А. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ	401
Орлова О.В., Меркулова Е.В. НАРУШЕНИЯ КОСТНО-МОЗГОВОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ.....	389	Педорез А.П., Гонтарь Е.А., Мороз А.Б. ПОДГОТОВКА БУДУЩЕГО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В СВЕТЕ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА НА КАФЕДРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	402
Осипенкова Т.С., Коваленко Я.О., Попко А.Н., Ракитянский И.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКА «АЦИЛАКТ» В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА	390	Пенюгина Е. Н., Лукогорская Н. Н. ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА ВРАЧЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В СТАЦИОНАРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....	403
Осипенкова Т.С., Максютенко С.И., Попко А.Н., Ганич И.Г. ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПАРОДОНТЕ.....	391	Первак М.Б., Котлубей Е.В., Ганнова Е.В., Красная Л.А. ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ.....	404
Остренко В.В. ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ И ПАРАЗИТАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	392	Петров А.В. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ РУССКИХ И ИНОЯЗЫЧНЫХ ПОСТПОЗИТИВНЫХ ОСНОВ КОМПОЗИТОВ -ЛЕЧЕНИЕ И -ТЕРАПИЯ	404
Островский И.М., Прохоров Е.В., Налетов А.В. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА, СВЯЗАННОГО С БОЕВЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ, НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ.....	393	Пивнев Б.А., Кривонос Н.Ю., Преснухина И.И., Костенко Г.С. СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА И САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕЖЕНЦЕВ СОВРЕМЕННОЙ ГРАЖДАНСКОЙ ВОЙНЫ	405
Островский И.М., Прохоров Е.В., Налетов А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ДОНБАССА.....	394	Пивоварова Л.П., Осипова И.В., Арискина О.Б., Орлова О.В. ГОГОЛЕВА Е.А., ЧЕРНЯВСКИЙ И.В. ИЛ-6 И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДА ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	406
Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Камнева А.С., Гашимов Э.Э. ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ	395	Пискунова Н.В., Колесникова И.А., Герчикова А.Ю. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА COVID-19 И ВИРУСНОГО ГРИППА	407
Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Камнева А.С., Гашимов Э.Э. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛЮКСФЕН» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ.....	396		

Победенная Г.П. ИНТЕРЛЕЙКИН-8 КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МАРКЕР ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ..... 408	Потапов А.А., Нижельская Е.Я. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 421
Победенная Г.П., **Вагина Ю.И.,***Кострюкова Л.Н., ПРЕДИКТОРЫ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ 409	Пошехонова Ю.В. О ВЛИЯНИИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ..... 422
Победенная Г.П., Котова И.С. РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БРОНХОМУНАЛА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С СД 2-ГО ТИПА НА ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 409	Приколота О.А., Ракитская И.В., Кривуцев В.Б., Могилевская К.Э. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ИМЕЮЩИХ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 423
Победенная Г.П., Ярцева С.В., Скиба Т.А. ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ВСЕГДА ЛИ «ЗА»? 410	Прикуле Д.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАМАН- ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ИГР- У ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА..... 423
Победенный А.Л. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИММУНОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ..... 411	Прилуцкий А.С., Лесниченко Д.А. ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНИТЕТА У ЛИЦ С СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К БЫТОВЫМ КЛЕЩАМ 424
Поважная Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Терещенко И.В., Швиренко И.Р. К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ДИАГНОЗЕ 412	Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е. ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕН- СИБИЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ . 425
Подолька В.Л. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЭКСТРЕННОЙ (СКОРОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ЛЕЧЕБНОЙ СЕТЬЮ ЛПУ ВСЕХ УРОВНЕЙ..... 413	Приставко Т.М., Алешина Р.М., Берест И. Е. ПОЛИОКСИДОНИЙ В ТЕРАПИИ ПАРАТОНЗИЛЛИТА В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ..... 426
Полякова А.В., Вознюк И.А., Токарева Д.В. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРЕЗЕ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 414	Провизион А.Н. ОСОБЕННОСТИ САТУРАЦИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙ- НЫМ КЕРАТОЗОМ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОСТИ..... 427
Полякова А.В., Тамаев Т.И., Токарева Д.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОПЕРИРО- ВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА ПОСЛЕ МИКРОДИСКЭКТО- МИИ 415	Провизион Л.Н., Шатилов А.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ НЕЙРО- СИФИЛИСА 428
Помников В.Г., Пенина Г.О., Заславский А.С. ИТОГИ 10 ЛЕТ АНАЛИЗА РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕ- СПУБЛИКИ КОМИ. ИШЕМИЧЕСКОЕ ОНМК В РАЙОНАХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА..... 416	Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Шварёва Т.И., Исакова Т. А. АТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РОЗОВОГО ЛИШАЯ..... 429
Пономарева Г.М., Пенина Г.О. МКФ И ПАЦИЕНТЫ С СТРУКТУРНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ (ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СТРУКТУР ОРГАНИЗМА) 417	Прокофьев И.А., Шалыгин В.А., Чугуй Е.В. СЛУЧАЙ УМЫШЛЕННО НАНЕСЕННОЙ ТРАВМЫ ПРЯ- МОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКА, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕМОР- РАГИЧЕСКИМ ШОКОМ..... 430
Попивненко Ф.С., Иваненко А.А. АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ 418	Прокофьева В.Н., Прокофьева Т.И. СПОСОБ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА С ИС- ПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ..... 431
Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузык О.Ж. ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУ- ЛЯТОРОВ С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ 419	Проخورов Е.В., Челпан Л.Л., Островский И.М. , Пшеничная Е.В., Толченникова Е.Н., Гончарова Т.А. ДИСТАНЦИОННОЕ ПРЕПОДАВАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ» – ПЛЮСЫ И МИНУСЫ..... 431
Попович В.В. ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЗАБОЛЕ- ВАЕМОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ТЕХНО- ГЕННОГО РЕГИОНА..... 420	Проценко О.А., Горбенко Ал.С. ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА 432
	Проценко О.А., Корчак И.В., Жариков В.Ю. ОСОБЕННОСТИ ВИС-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИ- ОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ДЕРМАТОЗОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЯХ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ 433

Проценко О.А., Темкин В.В., Милус И.Е., Кретьева Л.А., Авсянкина Т.И. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ 434	Розин Ю.А., Розин А.Ю. АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГИБРИДНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАЕНЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ..... 446
Проценко Т.В., Волошин Р.Н. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ..... 435	Розин Ю.А., Розин А.Ю. ОПЫТ ГИБРИДНОЙ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ 447
Пузык А.А. ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ 436	Романенко К.В., Романенко В.Н., Белик И.Е., Ермилова Н.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИТРАКОНАЗОЛОМ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ..... 448
Пустовой Ю.Г., Тананакина Т.П., Баранова В.В., Алиева А.А., Вайленко Д.С., Унукович К.Ю. ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭРИТРОЦИТЫ КРОВИ КРЫС 437	Романенко С.В., Хлудеева Н.Д., Мальгин Г.А., Веремьев Н.Е. Научный руководитель – проф. Седаков И.Е. СХЕМА FOLFIRINOX В КАЧЕСТВЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В СРАВНЕНИИ С ГЕМЦИТАБИНОМ ПРИ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 449
Пшеничная Е.В. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА У МАЛЬЧИКОВ – ПОДРОСТКОВ ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА..... 438	Рукавкова Е.М., Пантюхин Д.В. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УПРАВЛЯЕМЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ..... 450
Рачкаускас Г.С., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Бондарь Р.Б., Колесников Д.А. НАРУШЕНИЕ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 439	Ряполова Т.Л. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ 451
Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., Бобык О.А., Кондуфор О.В., Булкина Н.Э. АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 439	Ряполова Т.Л., Бойченко А.А. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ 452
Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., Бондарь Р.Б., Кондуфор О.В., Бобык О.А. АНАЛИЗ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА 440	Ряполова Т.Л., Лепшина Е.А., Лепшина С.М., Атаев О.В. СТИГМАТИЗАЦИЯ, САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ И ДИСКРИМИНАЦИЯ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ..... 453
Ребров Б.А., Блудова Н.Г., Благинина И.И., Иванова Н.А., Князева А.К. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУРОЛАЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 441	Савинкова В.В., Федько В.Г., Савинкова Я.В., Сигитова Е.В. НАРУШЕНИЕ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПОНТИННОГО МИЕЛИНОЛИЗА У БЕРЕМЕННЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)..... 454
Ревако П.П., Комольцева Е.А., Баранов А.Н. ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, НАСТУПИВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)..... 442	Савинкова Я.В., Сигитова Е.В., Федько В.Г., Савинкова В.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ВЕРНИКЕ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)..... 455
Ревако П.П., Лебедева Т.Б., Баранов А.Н. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 443	Садеков Д.Р. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЙОНЕ ВЛИЯНИЯ ВЫБРОСОВ СТАРОБЕШЕВСКОЙ ТЕПЛОЭЛЕКТРОСТАНЦИИ 456
Редько А.А., Настоящий В.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ..... 443	Садеков Р.Р., Сенаторова О.Ю. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ВУЗАХ МВД РОССИИ..... 457
Резниченко Н.А., Симрок В.В., Адуц А.Г. АССОЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ VDR, MCM6 И CALCR С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА 444	Сайко Д.Ю., Масенко В.В., Сохина В.С., Коценко Ю.И. СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНОМА ПРИ СИНДРОМЕ ТУРЕТТА 458
Реутова Н.О., Котова К.А., Гунькина В.Н. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ 445	

Салоникиди А.И., Сотник Ю.А., Чебалина Е.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ГРИППЕ А/Н1N1 PDM.09 И КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	458	Сергеев Я.О., Осиченко К.К. ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 НА РАЗВИТИЕ СА- ХАРНОГО ДИАБЕТА И ГИПЕРГЛИКЕМИИ	469
Самисько В.Э., Сохина В.С., Масенко В.В., Женжеруха Д.О. ТИПИЧНЫЕ АТРОФИИ ПРИ МИОПАТИЯХ И ИХ ОТЛИ- ЧИЯ ОТ НЕВРАЛЬНЫХ АМИОТРОФИЙ.....	459	Жернов С.В. ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ НА ФОРМИРОВА- НИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ У ПО- ЛИЦЕЙСКИХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	470
Седаков И. Е., Бутенко Е.Ю., Садрицкая Я.В., Рогалев А.В., Смирнов В.Н. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ РЕГИО- НАРНОЙ И СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТА- СТАТИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	460	Сероштан Е.Ю. К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРО- ВЬЯ УЧАЩИХСЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. ЛУГАНСКА.....	471
Седаков И.Е., Богданов Б.А., Рогалев А.В., Фролков В.В. МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНАЯ МОДУЛЯЦИЯ КАК ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ.....	460	Сигитова Е.В., Бубликова А.М., Гольнева А.П., Шевченко В.В. СИНДРОМ ЗАДНЕЙ ОБРАТИМОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛО- ПАТИИ (PRES-СИНДРОМ) НА ФОНЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	472
Седаков И.Е., Богданов Б.А., Смирнов В.Н., Бутенко Е.В., Болобан Г.В., Рашевская А.А., Тарасов А.А., Мищенко И.С. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬ- НОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬ- НЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧ- НОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	461	Симакопуло В.А., Машинистов В.В., Бугашева Н.В. К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ «ОТРАСЛЕВОЙ ОХРАНЕ ТРУДА В МЕДИЦИНЕ»	473
Седаков И.Е., Никулин М.П., Дмуховская Е.А., Шевцов А.А., Заика А.Н., Аль Баргути Р.А. СТАТИСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА: МИРОВЫЕ ТРЕНДЫ.....	462	Синенченко А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРА- НЕННОСТИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПРЕКУРСОРАМИ ГАММА-ОКСИМАСЛЕННОЙ КИСЛОТЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА).....	474
Седаков И.Е., Колычева О.В., Мотрий А.В., Резниченко Л.П. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ	463	Синенченко А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В. ДЕЛИРИОЗНЫЙ СИНДРОМ ПРИ СИСТЕМАТИЧЕСКОМ УПОТРЕБЛЕНИИ ГАММА-ОКСИМАСЛЕННОЙ КИСЛОТЫ И ЕЕ ПРЕКУРСОРОВ	475
Седаков И.Е., Чугуй Е.В., Пивоваров Н.Н. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ	464	Синенченко А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В. СИНДРОМ ОТМЕНЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕКУРСОРОВ ГАММА-ОКСИМАСЛЕННОЙ КИСЛОТЫ.....	476
Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Окунь О.С., Климов З.Т., Андреева А.П. ПОРАЖЕНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТАХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕ- ТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	465	Синявская И.А., Титиевский С.В. СИСТЕМА ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРО- ПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ И КОМОРБИДНОЙ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	476
Селезнев К.Г., Андреев П.В., Климов З.Т., Долженко С.А., Окунь О.С., Андреева А.П. АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭКССУДАТИВНО- ГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ.....	465	Сироид Д.В., Антипов Н.В., Жиляев Р.А. ОПЫТ НАПОЛНЕНИЯ «ИНФОРМАЦИОННО- ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ» НА КАФЕДРЕ ОПЕРА- ТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ.....	477
Селезнев К.Г., Климов З.Т., Долженко С.А., Андреев П.В., Окунь О.С., Кузьменко Е.Я. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ, ПРО- ФУЗНЫЕ НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РЕШЕТЧАТЫХ АРТЕРИЙ.....	466	Сиротченко А.А., Калинин Ю.А. ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВ- ЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ.....	478
Селиванова Е.С., Чевычелов Г.А. СОМАТОТИПИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ АНТРО- ПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ	467	Сиротченко Т.А., Бондаренко М.В. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСИКОДЕРМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	479
Семиглазов А.В., Зиновьев Е.В., Орлова О.В., Крылов П.К., Селиванов П.А. ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТЧНОГО ИММУНИТЕТА КАК КРИТЕ- РИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ 468	468	Скиба Т.А., Осацкая Е.В., Кострюкова Л.Н., Штыка Е.С. СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬ- НЫХ ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ	480
Сенченко Н.Г., Безкаравайный Б.А., Блох С.Н. К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ.....	468	Склянная Е.В., Ватутин Н.Т., Тарадин Г.Г. ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОЙ МОНИТОРОГРАММЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗ- РАСТА	481

Скорик П.О. Калачёв М.В. ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЙ РИСК У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ.....	481	Совпель О.В., Красноштан В.В., Попович Ю.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ ПО СХЕМЕ СР С ДОБАВЛЕНИЕМ БЕВАЦИЗУМАБА В РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ	493
Скорород А.М., Сохина В.С., Антонова Л.Н. Масенко В.В. УРОВНИ МЕТАЛЛОВ В КРОВИ И РИСК БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА (ЛИТ.ОБЗОР).....	482	Совпель О.В., Румянцева И.В., Совпель И.В., Заика А.Н. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭЗОФАГОЕЮНОАНАСТОМОЗА	494
Скорород А.М., Сохина В.С., Джоджуа А.Г., Масенко В.В. СВЯЗЬ МЕЖДУ МИГРЕНЬЮ И КРИПТОГЕННЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.....	483	Соколов И.В., Юркевич В.В. МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ	494
Скорород А.М., Сохина В.С., Джоджуа А.Г., Масенко В.В. ВЛИЯНИЕ НАБИЛОНА НА НЕМОТОРНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	483	Соловьева В.А. СОДЕРЖАНИЕ И ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ	495
Скорород А.М., Сохина В.С., Никитенко Д.В., Масенко В.В. ЭВОЛЮЦИЯ БИОМАРКЕРОВ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА РАННИХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	484	Соловьева Е.П. ПСИХОЛОГИЯ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ.....	496
Скорород А.М., Сохина В.С., Прокопенко Е.Б., Масенко В.В. ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ С ЛЕЙКОДИСТРОФИЯМИ (ЛИТ. ОБЗОР)	485	Соловьева М.А., Альмешкина А.А., Мельниченко В.В. ИССЛЕДОВАНИЕ АЛЕКСИТИМИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	499
Скорород А.М., Сохина В.С., Сайко Д.Ю., Масенко В.В. ВЛИЯНИЕ АСПИРИНА НА ДЕМЕНЦИЮ И СНИЖЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ (ЛИТ.ОБЗОР)	485	Солопов М.В., Турчин В.В., Жихарев Д.В., Попандопуло А.Г., Фисталь Э.Я., Бурховецкий В.В., Глазунова В.А., Кондрусь М.С., Борjak М.Л. ПОЛИКАПРОЛАКТОН – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ТКАНЕВОЙ ИНЖЕНЕРИИ.....	500
Скорород А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И. Масенко В.В., ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАВЕЛОКСОЛОНА ПРИ АТАКСИИ ФРИДРЕЙХА (ЛИТ ОБЗОР).....	486	Сотник Ю.А., Чебалина Е.А., Салоникиди А.И., Паниева Д.С. DELFTIA ACIDOVORANS КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ЧЕЛОВЕКА.....	501
Скорород А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Масенко В.В. СВЯЗЬ ДЕМЕНЦИИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ (ЛИТ. ОБЗОР).....	487	Сотников А.Г. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ / ВГС И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА	501
Смеричевский Э.Ф., Коржова Д.А., Белоусова В.Ю. ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ДЕГУМАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА.....	488	Сотников А.Г. СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ / ВГС.....	502
Смирнова Н. Ю., Ермак А. В. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....	489	Сохина В.С., Джоджуа А.Г., Масенко В.В., Максименко О.Л. ПАТОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННАЯ С АНТИТЕЛАМИ К IGLON 5.....	503
Смирнова Т.А., Новожилова О.А., Чуваркова И.М., Вдовина Л.В. СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	490	Сохина В.С., Масенко В.В., Авсянкина Е.В., Скорород А.М. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕНОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.....	504
Соболева А.А., Чайковская И.В. ОСТЕОПОРОЗ – КАК СОЦИАЛЬНО ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	491	Сохина В.С., Масенко В.В., Бубликова А.М., Скорород А.М. НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В ТЕРАПИИ МИГРЕНИ	504
Соболева А.А., Чайковская И.В., Кондратьев П.А. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАРОДОНТА ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ	491	Сохина В.С., Масенко В.В., Бубликова А.М., Скорород А.М. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОПТИМИЗИРОВАННОЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ОКСИДАНТНЫЙ СТРЕСС БОЛЬНЫХ С МИАСТЕНИЕЙ	505
Соболь А.С., Колчин Ю.Н. ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	492	Стадник А.Д., Никонова Е.М., Макарук В.В., Сергиенко А.С. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННОСТИ РЕСУРСОВ.....	506

Старостина М. Н., Сигитова Е.В., Шевченко В.В., Гольнева А.П. БОЛЕЗНЬ ПОМПЕ С ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	507	Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Мирович Е.Д., Петренко С.А., Талалаенко Л.Р. ОЦЕНКА РИСКОВ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	518
Статинова Е.А., Никитенко Д.В., Никитенко С.Н. ПРОБЛЕМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ.....	508	Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Талалаенко Л.Р. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	519
Статинова Е.А., Выхованец Н.Ю., Сайко Д.Ю., Сигитова Е.В., Масенко В.В. ПОКАЗАТЕЛИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ЛИЦ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	509	Тацкий В.Н., Якимович В.С., Лепшина Е.А. АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ	520
Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Верзун Ю.Н. КОГНИТИВНЫЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГОВ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ	510	Тацкий В.Н., Якимович В.С., Сметанина С.Р. ОНТОГЕНЕЗ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	521
Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Верзун Ю.Н. КОГНИТИВНЫЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГОВ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ	510	Темертей С.И., Климов А. А. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МОБИЛЬНОЙ СОТОВОЙ СВЯЗИ КАК К ИСТОЧНИКУ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	522
Статинова Е.А., Момот Н.В., Джоджуа А.Г., Фоминова Н.В. ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	511	Терещенко И.В., Зубенко И.В., Поважная Е.С. КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	523
Стрекозова И.П., Котилевская И.Т., Вольман О.В., Гришина Л.В., Макарук В.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ.....	511	Титиевский С.В., Воеводина В.С., Побережная Н.В., Черепков В.Н., Гашкова Л.А., Фирсова Г.М., Данилова Е.М. СОЧЕТАНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	524
Стрижакова А.Ю. СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА	512	Титиевский С.В., Побережная Н.В., Воеводина В.С., Черепков В.Н., Гостюк И.М., Фирсова Г.М., Данилова Е.М., Кравчук А.В., Евтушенко Е.И. МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА	525
Суковатая С.В., Силина Л.В., Овод А.И. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИВИТАМИННОЙ РЕПАРАТИВНОЙ МАЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ.....	513	Тищенко А.В. БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ГОРНОРАБОЧИХ, ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАНОМ.....	526
Сысоев К.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ. ПРОГНОЗ ОПЕРАЦИИ	514	Тищенко А.В., Денисенко А.Ф. ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАНОМ.....	527
Сыщикова О.В., Жадинский Н.В. ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ СПОР АКТИНОМИЦЕТОВ, ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗ ПРИРОДНЫХ ПОЧВ	515	Токарева Д.В., Полякова А.В., Вознюк И.А. ПАРЕЗ И БОЛЬ В ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА: ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ	528
Таджиева М.А., Закирходжаева Д.А., Мирхошимов М.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ.....	516	Толстюк В.И., Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Саидназаров А.К. СНЮС-ЧУМА 21 ВЕКА, ИЛИ КАК МОДА УБИВАЕТ НАШИХ ДЕТЕЙ	528
Талалаенко И.А., Боенко Д.С., Гинькут В.Н., Боенко С.К., Андреев В. Н., Пушкарук А.М. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДОЙ В ОРДИНАТУРЕ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	516	Толченникова Е.Н. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСАССОЦИИРОВАННЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ.....	529
Талалаенко И.А., Боенко Д.С., Талалаенко Ю.А., Боенко Н.Д., Михеева Н.Л., Талалаенко Л.Р., Пушкарук А.М. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОР-ПАТОЛОГИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	517		

Трофимец Е.К., Максютенко С.И., Коваленко О.Г. СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У КУРИЛЬЩИКОВ ТАБАКА 530	Узун Ф.Ф. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕ- НИЯ ОСТРЫХ ФОРМ ХОЛЕЦИСТИТА..... 542
Труфанов И.М., Шакалов Ю.Б., Горбачев О.О. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ 531	Узун Ф.Ф. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЖЕЛУДКА542
Труфанов И.М., Шакалов Ю.Б., Кулебакина Я.А., Глазунов Е.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ..... 532	Уласень Т.В., Ваулин С.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕСТА «СКЛОННОСТЬ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ» У ВОСПИТАННИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ 543
Труфанов И.М., Кирьякулова Т.Г., Шакалов Ю.Б., Рыбалко А.С., Рудской С.А. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛИГАМЕНТИТОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.. 533	Усов В.Ю., Игнатенко Г.А., Нуднов Н.В., Первак М.Б., Гуляев В.М., Дубовая А.В., Кармазановский Г.Г. ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМО- ГРАФИИ В ПЕРВИЧНОЙ И УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИ- КЕ ПНЕВМОНИЙ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ COVID-19 545
Труфанов С.Ю., Заика А.А. ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПОИСКА УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ 534	Федоренко А.Е., Щербак Е.В., Бухарова Т.С. АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ У ДЕТЕЙ..... 546
Туленинова Л.Е., Демкович О.О. НЕКОТОРЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕ- СКИХ РИСКОВ, ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА НА ТЕРРИ- ТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ 535	Федорова А.В., Лисанова С.В., Панфилова В.В., Смирнова Т.Я. ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БО- ЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА 547
Туренко С.А., Колесников Д.А., Дегтярь Е.С., Борщ Д.В., Кондуфор О.В. НАРУШЕНИЕ ПРОБЛЕМНО-РЕШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЛИЧНОСТНЫМ ДЕФЕК- ТОМ УРОВНЯ РЕДУКЦИИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОТЕН- ЦИАЛА 536	Федорова А.В., Мельник Ал.В., Валигун Я.С., Анпилогов А.А., Трухина Т.В., Мельник К.В. ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИ- ТОВ ПРИ ПСЕВДОТРОМБОЦИТОПЕНИИ, ИНДУЦИРО- ВАННОЙ СОЛЯМИ ЭТИЛЕНДИАМИНТЕТРАУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ (ЭДТА)..... 548
Туркина А.Г., Игнатенко Г.А., Цыба И.Н., Тарадин Г.Г., Немченко И.С. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КЛОНАЛЬНЫХ МИЕЛО- ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭОЗИНОФИЛИЕЙ 536	Федосеев А.Б. АВТОМАТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ ВНУТРЕННЕГО КОН- ТРОЛЯ КАЧЕСТВА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕ- НИЯ 549
Тутов С.Н., Былым Г.В., Джеломанова С.А., Литвинова Е.В., Подольяка Д.В. ВАРИАНТЫ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ И ОЖИРЕНИЕМ 537	Федько В.Г., Сохина В.С., Авсянкина Е.В., Савинкова Я.В. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПРЕДЕ- ЛЕНИЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО СИНТЕЗА ОЛИГОКЛО- НАЛЬНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА G ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ (ЛИТ. ОБЗОР)..... 550
Тюрин Н.С., Тюрина С.В. ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА АКТИВНОСТЬ А -АМИЛАЗЫ СЛЮНЫ..... 538	Федько В.Г., Сохина В.С., Максименко О.Л., Масенко В.В. НЕЙРОИНВАЗИВНОСТЬ ВИРУСА SARS-COV-2 В ПАТО- ГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖ- НЕНИЙ ПРИ COVID-19 (ЛИТ. ОБЗОР) 551
Тюрина С.В., Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И. КОМПЕТЕНТНЫЙ ПОДХОД ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ДИС- ЦИПЛИНЫ «МЕДИЦИНСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ТОВАРОВЕДЕНИЕ» 539	Федько В.Г., Сохина В.С., Сигитова Е.В., Савинкова В.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА С УЧЁТОМ КЛИНИЧЕСКОЙ РАЗНОВИДНОСТИ..... 552
Тюрина С.В., Пацкань И.И., Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Лупитько Е.М. ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА СТУДЕН- ТОВ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА 540	Филимонов Д.А., Ересько А.Б., Трубникова Н.Н., Белоцер- ковская М.А., Федорова А.А. ТЕРМОРЕГУЛЯТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ ВОДРОАСТВО- РИМОГО СИНТЕТИЧЕСКОГО АНАЛОГА ТИРОНАМИНА – ПОТЕНЦИАЛЬНОГО НЕЙРОПРОТЕКТОРА 553
Узун Ф.Ф. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕ- НИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА..... 541	Фисталь Э.Я., Попандоплуло А.Г., Буше В.В. БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИБРОБЛАСТОВ В КОСМЕТОЛОГИИ..... 554
	Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Меркулов Д.С. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОБШИР- НЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ И МЕХАНИЧЕСКИХ РАН С ОДНО- МОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ, КАК ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 554

Фисталь Э.Я. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КОМБУСТИОЛОГИИ, ПЛАСТИЧЕСКОЙ И ВОЕННОЙ ХИРУРГИИ В ДОНБАССЕ.....	555	Чайка В.К., Говоруха И.Т., Белоусов О.Г., Трубникова И.О. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ПУПОВИНЫ, КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ИСХОДЫ GESTАЦИИ... 567	567
Фисталь Э.Я., Сперанский И.И., Макиенко В.В., Ульянова О.В. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА: ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ	556	Чайковская И.В., Деньгина Е.Б. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АЛЬВЕОЛИТА	568
Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Соболев Д.В. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СЛУШАТЕЛЕЙ ФИПО ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ» ..	557	Чекерда А.О. ИЗМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ «ДОНЕЦКАЯ ЖЕЛЕЗНАЯ ДОРОГА» В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	568
Фомина Е.А., Чуприна Д.С. Научный руководитель – проф. Седаков И.Е. НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА	558	Челпан Л.Л. ЭВОЛЮЦИОННЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАЗНЫХ ФОРМ РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ.....	569
Харжевская Т. С. К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИЦ, ВСТУПАЮЩИХ В БРАК.....	559	Черевко М.В., Поспелов А.Л. РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ СПОСОБОМ «ВТВ»	570
Хахелева Т.Н., Калиновский Д.К. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ» В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ	560	Черепков В.Н. ПОЭТАПНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ.....	571
Хлудеева Н.Д., Романенко С.В., Пополитов Е.Е. Научный руководитель – проф. Седаков И. Е. ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ КОНИЗАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПЕТЛЕВЫМ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В СРАВНЕНИИ С НОЖЕВЫМ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ.....	560	Черных С.В., Караман Е.С., Железная А.А., Говоруха И.Т. СОВРЕМЕННЫЕ КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ	572
Хохлова Е.А., Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ВЫСОКОНАПОЛНЕННЫМИ ГЕРМЕТИКАМИ	561	Чернецкий В.Ю., Приколота В.Д., Галиулин С.О. КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	573
Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л., Матийцев А.Б. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА	562	Чернобровкина А.Е. ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД НЕБЛАГОПОЛУЧНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ	574
Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л., Матийцев А.Б. ОРДИНАТУРА ПО ХИРУРГИИ КАК СТУПЕНЬ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ.....	563	Чижевский И.В., Забышный А.А., Зенько Н.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕРПАНГИНЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	575
Христуленко А.Л., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЦИКЛОВ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ» 2018-2020 ГГ.	564	Чиненова Ю.Э., Сигитова Е.В., Шиш А.В., Гольнева А.П. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ СИНОСОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	576
Цвяшко Т.И., Железная А.А., Левченко И.И., Холодняк Т.И., Симонов А.А. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	564	Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Фролов С.С., Немсадзе И.Г., Чурилов А.А. СТРУКТУРИРОВАНИЕ МЕТОДА КЕЙСОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ПО ГИНЕКОЛОГИИ	576
Цыба Н.Ю., Цыба И.В., Кононенко И.Н. МЕДИЦИНСКИЙ КСЕНОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	565	Чурилов А.В., Кушнир С.В., Джеломанова С.А., Петренко С.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В РАЗВИТИИ АБСЦЕДИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ	577
Цыганова О.А., Соболева П.А. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВОВОЙ ГРАМОТНОСТИ ВРАЧЕЙ.....	566	Чурилов А.В., Кушнир С.В., Джеломанова С.А., Петренко С.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ	578

- Чуркин Д.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЗОКСИМЕРА БРОМИДА У ВОЕННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ВЫПОЛНЯЮЩИХ ЗАДАЧИ НА ОТКРЫТОЙ МЕСТНОСТИ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА..... 579
- Шаймурзин М.Р.
ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА (1-3 ГОДА) 580
- Шаймурзин М.Р.
СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ МОТОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВСЛЕДСТВИЕ НЕЙРОНОПАТИИ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ 581
- Шаймурзин М.Р.
НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ 2 ТИПА..... 582
- Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С.
ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ ВАРИАЦИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СПИНАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ АТРОФИЙ В КОНТЕКСТЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ 583
- Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СПИНАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ АТРОФИЙ 2 И 3 ТИПА..... 584
- Шано В.П., Демчук О.В., Гуменюк И.В.
ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ ЕЕ СОВРЕМЕННОЙ ПАРАДИГМЫ..... 585
- Шано В.П., Демчук О.В., Гуменюк И.В.
ВНУТРИОПЕРАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ (ОППП) 585
- Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Попандопуло А.Г., Штода Д.Е., Денисов А.В., Ярощак С.В., Власов Е.И., Голубицкий К.О.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА..... 586
- Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярощак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ ТРАДИЦИОННЫМИ СПОСОБАМИ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ И С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОНТАКТНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИИ 587
- Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярощак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.
ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ 588
- Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярощак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.
КОМБИНИРОВАННОЕ МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ 589
- Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярощак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.
ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ..... 590
- Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярощак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.
ИЗМЕНЕНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ..... 591
- Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярощак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММНОГО ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СУБТОТАЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА..... 592
- Шапченко Т.И., Зуева Г.В., Михеева А.А.
ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА..... 593
- Шатилов А.В., Провизион Л.Н., Соломина В.Г.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАКТЕРИДА ЭНДРЮСА У РЕБЕНКА 593
- Шатохина Я.П.
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРАНСЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЙ PH-МЕТРИИ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА 594
- Шашмурина В.Р., Мишутина О.Л.
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ..... 595
- Швиренко И.Р., Долгов Е.Е., Стребкова Ю.А., Мирошниченко Н.Д.
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ И СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ НА КАФЕДРЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ 596
- Швиренко И.Р., Поважная Е.С., Зубенко И.В., Терещенко И.В.
ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В ИЗУЧЕНИИ ЧАСТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ 597
- Шевелёк А.Н.
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АЛЬДОСТЕРОНА КРОВИ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА..... 598

Шевелёк А.Н., Солоп И.В., Тов И.В., Гейзер Т.В. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ПРИЕМУ НИТРО- ГЛИЦЕРИНА И АСПИРИНА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ... 598	Ширшов И.В., Васильев А.А., Якубенко Е.Д., Коктышев И.В., Смирнов Н.Л., Ельский И.К. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФИЦИ- РОВАННЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ..... 610
Шевченко В.В., Антропова О.С., Пирогов В.В., Минаков Г.Р., Чуркин Д.В. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОТЕРПЕВ- ШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕ- СТВИЯХ КАК ОСНОВНОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ДОКАЗА- ТЕЛЬСТВО..... 599	Шокотько Л.Е. ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В ПРОИЗВЕДЕНИ- ЯХ РУССКИХ ПИСАТЕЛЕЙ..... 611
Шевченко В.В., Бубликова А.М., Сохина В.С., Гольнева А.П., Сигитова Е.В. РОЛЬ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЕРИФИКА- ЦИИ ТРОМБОЗА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ СИНУ- СОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 600	Шпаков Е.И., Карпенко Я.И., Петренко А.С., Макогон В.Д. ВЛИЯНИЕ АДЪЮВАНТОВ НА КАЧЕСТВО ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ 612
Шевченко В.В., Голубова О.А., Шевченко Д.Ф., Бубликова А.М., Масенко В.В. СТАНДАРТНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕ- АЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ КАК ЧАСТЬ ТЕРА- ПИИ ВТОРИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИИ..... 601	Шпулина О.А., Соловьева В.А., Соколова С.Ю. ВЛИЯНИЕ ПЛОМБ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ И МИНЕРАЛИЗУЮЩИЕ СВОЙСТВА СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА..... 613
Шестак В.С. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА 602	Штутин А.А., Жилицын Е.В., Чуйко А.В., Коваленко Е.В. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ КОМ- ПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ 614
Шестакова В.И., Паршукова А.И. ПРИЧИНЫ ПОЛОМКИ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛА- СТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ..... 603	Штутин А.А., Штутин И.А. КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛА- СТИКИ ГЛУБОКИХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ СУРАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ ГОЛЕНИ 615
Шестакова В.И., Паршукова А.И. ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА..... 604	Шульдишова А.А. ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ ТЕКСТ В КУРСАХ РКИ И КУЛЬТУ- РЫ РУССКОЙ РЕЧИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 616
Шестакова В.И., Паршукова А.И. ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МИКРОКРИСТАЛЛОВ СЛЮ- НЫ ЧЕЛОВЕКА 604	Щербинин А.В., Лепихов И.П., Щербинин А.А., Лепихов П.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА..... 617
Шестопалов Д.Л. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ 605	Щербинин А.В., Бессонова А.Д., Щербинин А.А. РОЛЬ ЛЕТНЕЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В ОБ- РАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ У СТУДЕНТОВ МЛАД- ШИХ КУРСОВ..... 617
Шестопалова А.Д. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРИДУКТАЛЬНОМ МАСТИТЕ 607	Щербинин А.В., Некрасов А.Д., Анастасов А.Г., Сушков Н.Т. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖ- ДЕННЫХ 618
Шеховцов Я.С., Карпенко Я.И., Клочков М.М. Научный руководитель – Седаков И.Е. ДЕЗАКТИВАЦИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ, КАК ПРО- ФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬ- НОГО АНАСТОМОЗА..... 608	Щербинин А.В., Черкун А.В., Музалев А.А., Колос А.С. ГЕМАНГИОМЫ ВНУТРЕННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ДЕТ- СКОМ ВОЗРАСТЕ..... 619
Шило К.А., Мишина К.А., Передрий М.С., Ильяшенко А.А., Бортникова А.К. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТА- ТИВНОГО ТОНУСА И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ПЕРЕКЛЮЧАЕМОСТИ ВНИМАНИЯ..... 608	Щербинин А.В., Щербинин А.А., Бессонова А.Д., Харагезов А.М. НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ. МЕЖДИСЦИПЛИ- НАРНЫЙ ПОДХОД 620
Ширина Т.В., Ершова И.Б. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ФУНК- ЦИИ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ В СТРЕССОВЫХ УСЛОВИЯХ..... 609	Элизбарашвили Л.Г. О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПРЕПОДАВАНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ 620
	Юрченко О.О., Милтых И.С., Зенин О.К. МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАМЕ- ТРОВ И ТОЛЩИНЫ СТЕНКИ СОСУДОВ СОСТАВЛЯЮ- ЩИХ ВНУТРИОРГАННОЕ СОСУДИСТОЕ РУСЛО ПОЧКИ..... 621
	Юрченко О.О., Пискунова Н.В., Колесникова И.А., Ярко А.М., Русика А.А. ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ 622

- Юсубов М.С., Беянин М.Л., Скуридин В.С., Карлович Н.В., Бахметьева М.И., Усов В.Ю.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И ДОКЛИНИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ НЕЙТРОН-ЗАХВАТНОЙ ТЕРАПИИ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИАЦЕТАТНЫХ КОМПЛЕКСОВ 157GD 623
- Яковчук А.В., Мартыненко Б.А.
ПРОБЛЕМЫ УСВОЕНИЯ КАТЕГОРИИ РОДА ИМЁН СУЩЕСТВИТЕЛЬНЫХ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ 624
- Яковчук Е.Д., Пенина Г.О.
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ СЕВЕРЯН С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ II СТАДИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ 625
- Яковчук Е.Д., Пенина Г.О.
ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ СЕВЕРЯН С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ II СТАДИИ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ..... 626
- Яременко Д.А., Степанова Ю.С.
К ВОПРОСУ ПРОБЛЕМЕ ТЕРМИНОЛОГИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТАЙНЫ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ..... 627
- Ярошенко С.Я.
ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-ВОСПИТАННИКОВ ДОМОВ РЕБЕНКА 628