

ISSN 1819-0446

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО

# УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

**2017**  
Приложение

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ.М.ГОРЬКОГО**



**МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ФОРУМ ДОНБАССА**

**«НАУКА ПОБЕЖДАТЬ... БОЛЕЗНЬ»**

**15-16 ноября 2017**

**г. ДОНЕЦК**

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

научно-практический журнал

## **УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА**

---

scientific practical journal

## **UNIVERSITY CLINIC**

*Материалы Международного  
медицинского форума Донбасса  
«Наука побеждает.....болезнь»*

**2017, 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)

Дядык А.И. (Донецк)

Зинкович И.И. (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)

Крутиков Е.С. (Симферополь )

Кувшинов Д.Ю. (Кемерово)

Кулемзина Т.В. (Донецк)

Моногарова Н.Е. (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)

Щербинин А.В. (Донецк)

ISSN 1819-0446

**Университетская Клиника**  
научно-практический журнал

**University Clinic**  
scientific practical journal

**2017, Приложение**

---

**Учредитель журнала**

Донецкий национальный  
медицинский университет  
им. М. Горького

**Свидетельство о регистрации  
средства массовой информации**

ААА № 000167 от 16.10.2017 г.

**Издатель журнала**

Донецкий национальный  
медицинский университет  
им. М. Горького

**Адрес редакции**

83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16

Рекомендовано к изданию  
Ученым советом Донецкого  
национального медицинского  
университета им. М. Горького

**Верстка**

Чалых В.

Подписано в печать 10.11.2017

Формат 60×84/8.

Гарнитура PT Serif, PT Sans

**Содержание**

Авсянкина Е.В., Статинова Е.А., Джоджуа А.Г., Сохина В.С., Бубликова А.М. <b>Динамика двигательных нарушений у больных с депрессией, которые перенесли ишемический инсульт.....</b>	Бублик Я.В., Зяблицев Д.В. <b>К вопросу об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации .....</b>
9	22
Авсянкина Е.В., Статинова Е.А., Джоджуа А.Г., Сохина В.С. <b>Ишемический инсульт и его нейropsychологические особенности у больных пожилого и старческого возраста .....</b>	Бубликова А.М., Статинова Е.А., Сохина В.С., Максименко О.Л. <b>Современные подходы к лечению болезни Паркинсона (обзор литературы).....</b>
9	23
Агаркова Е.В., Николенко В.Ю., Ляшенко Е.Г. <b>Особенности нарушений гуморального иммунитета у горнорабочих угольных шахт с хронической пояснично-крестцовой радикулопатией .....</b>	Бубликова А.М., Сердюк В.В., Шевченко Д.Ф., Фролова С.Ю. <b>Психозомоциональное состояние у пациентов с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и гипертонической болезнью при адекватной фармакотерапии .....</b>
10	24
Алиев А.Ю. <b>Опыт организации проведения вакцинации против гриппа работников транспорта донецкой народной республики в эпидемический сезон 2016-2017 гг.....</b>	Вагина Ю.И. <b>Значение современных статистических исследований при пневмонии, сочетанной с ожирением .....</b>
11	25
Арзуманян С.К., Писарев Я.И. <b>Ассоциация видов ВПЧ с дисплазией шейки матки .....</b>	Вакуленко И.П., Фоминов В.М., Мельник А.В. <b>Возможности компьютерной томографии в дифференциальной диагностике непаразитарных и эхинококковых кист печени.....</b>
12	25
Багрий А.Э., Шукина Е.В., Приколота А.В., Приколота О.А., Маловичко С.И., Ефременко В.А., Хоменко М.В. <b>Ивабрадин у больных хронической сердечной недостаточностью со сниженной систолической функцией левого желудочка и гипотензией.....</b>	Варфоломеев Д.И., Самодай В.Г. <b>Возможности использования оригинального устройства для остеотомии шейки бедренной кости при эндопротезировании тазобедренного сустава .....</b>
13	26
Багрий А.Э., Шукина Е.В., Самойлова О.В., Цыба И.Н., Приколота О.А., Христуленко А.Л., Коваль С.А. <b>Эффективность антагонистов минералокортикоидных рецепторов у больных с ишемической и не-ишемической этиологией хронической сердечной недостаточности со сниженной систолической функцией левого желудочка .....</b>	Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Мякоткина Г.В., Соколова Н.А., Стрекозова И.П., Ватанский О.А., Ватанская Ю.О. <b>Нарушения липидного обмена при хронической обструктивной болезни легких.....</b>
14	27
Башарова А.В., Пенина Г.О., Башарова Г.Р. <b>Динамика неврологической заболеваемости в республике Башкортостан за 2006-2015 годы.....</b>	Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Венжега В.В., Черенкова А.А. <b>Гендерная и возрастная структура больных хронической сердечной недостаточностью со средней фракцией выброса левого желудочка.....</b>
15	28
Белик И.Е., Романенко К.В., Романенко В.Н. <b>Витаминная недостаточность как компонент патогенеза при кожной красной волчанке.....</b>	Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Черенкова А.А. <b>Влияние вида кардиохирургического вмешательства на риск возникновения фибрилляции предсердий в ранний послеоперационный период.....</b>
16	28
Белозерова Н.А., Чабан В.В. <b>Эффективность «Нексиума» в комплексной эрадикационной терапии больных язвенной болезнью .....</b>	Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Загоруйко А.Н. <b>Влияние коморбидной патологии на риск развития гипонатриемии у больных с хронической сердечной недостаточностью.....</b>
17	29
Беседина Е.И., Прилуцкий А.С., Скрипка Л.В., Мельник В.А. <b>Современные особенности эпидемиологии и профилактики туляремии.....</b>	Ватутин Н.Т., Складная Е.В., Эль Хатиб М.А., Кардашевская Л.И., Макарова М.В., Страченко С.В. <b>Применение кверцетина для профилактики острого свободнорадикального повреждения миокарда при введении антрациклиновых антибиотиков у пациентов, страдающих гемобластозами.....</b>
18	30
Бордюгова Е.В., Пшеничная Е.В., Тонких Н.А. <b>Кардиалгия у детей. подходы к диагностике и лечению.....</b>	Ватутин Н.Т., Складная Е.В., Эль-Хатиб М.А. <b>Взаимосвязь вариабельности сердечного ритма, состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у пациентов, получающих терапию антрациклиновыми антибиотиками .....</b>
19	31
Борота А.В., Плахотников И.А., Енгенов Н.М., Борота А.А., Кухто А.П., Диденко М.В., Темниченко Д.П. <b>Лапароскопическая герниопластика рецидивных паховых грыж у больных, ранее оперированных безнатяжными технологиями20</b>	Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Черенкова А.А., Венжега В.В. <b>Демографические факторы риска развития послеоперационной фибрилляции предсердий .....</b>
20	32
Борота А.В., Момот Н.В., Плахотников И.А., Борота А.А., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К. <b>РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА .....</b>	Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Венжега В.В. <b>Клинико-демографические особенности пациентов с хронической сердечной недостаточностью со средней фракцией выброса левого желудочка.....</b>
21	32
Борота А.В., Седаков И.Е., Полунин Г.Е., Коктышев И.В., Танасов И.А., Гюльмамедов В.А. <b>Оценка частоты встречаемости ассоциированных с язвенным колитом и болезнью Крона различных видов опухолей толстой кишки.....</b>	Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Колесников В.С. <b>Отдаленные результаты применения фармакологического прекодиционирования с использованием аденозина у больных острым инфарктом миокарда, подлежащих первичному чрескожному коронарному вмешательству.....</b>
22	33

Ватулин Н.Т., Шевелёк А.Н. <b>Уровень альдостерона крови как предиктор кардиоваскулярного прогноза у больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка.....</b>	48
Вашченко А.В., Городник К.Г., Зятева А.П. <b>Патологическая извитость брахиоцефальных артерий .....</b>	35
Ветров В.В., Иванов Д.О., Воинов В.А., Черных С.В., Железная А.А., Стрюковская Е.А., Владимирова Н.Ю., Костинская Т.А., Выюгов М.А., Олина О.С., Кучина Е.А. <b>Исходы гестации для плодов при разной тактике ведения беременных с резус-иммунизацией.....</b>	36
Ветров В.В., Иванов Д.О., Воинов В.А. <b>Эфферентная терапия как мера профилактики перинатальных потерь при синдроме задержке развития плода .....</b>	37
Витрищак С.В., Сичанова Е.В., Савина Е.Л., Санина Е.В., Качур Н.В., Клименко А.К. <b>Причины, развитие и профилактика глазной патологии среди детей Луганской Народной Республики .....</b>	37
Витрищак С.В., Санина Е.В., Савина Е.Л., Сичанова Е.В., Погорелова И.А., Жук С.В., Клименко К.В., Докашенко Д.А. <b>Психотравмирующее расстройство: особенности проявлений у жителей Донбасского региона .....</b>	38
Витрищак С.В., Мериуц О.В., Сибирцев А.П., Тельнова И.М. <b>Возможности комплексной диагностики интерстициальных, диссеминированных и лимфопролиферативных процессов.....</b>	39
Выхованец Т.А., Павлович Л.В., Выхованец Ю.Г. <b>Микронутриенты в коррекции функционального состояния студентов в процессе обучения.....</b>	40
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Алешечкин П.А. <b>Факторы риска в формировании сердечной патологии учащихся в процессе обучения в вузе .....</b>	41
Гаврилов И.И., Панкратьев А.А., Зинчук И.В., Дончак В.Ю. <b>Анализ современных данных иностранной литературы по вопросам применения обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) при остеоартрозе .....</b>	42
Гаврилов И.И., Либстер С.Б., Шевченко В.И., Сороколетов А.Г. <b>Тактика лечения больных с переломами бедренной кости.....</b>	42
Герасименко И.А. <b>Основы формирования республиканской лекарственной политики.....</b>	43
Горлов Д.Ф., Лапштаева А.В. <b>Значение II-1<math>\alpha</math> в наступлении беременности у женщин, участвующих в программе экстракорпорального оплодотворения.....</b>	44
Гридасов В.А., Домашенко О.Н. <b>Диагностика заболеваний нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией в инфекционном стационаре .....</b>	45
Гринцов А.Г., Михайличенко В.Ю., Алексеенко А.А., Нестеров Н.А., Шестопалова А.Д. <b>Социальное значение трансплантации культур бета-клеток поджелудочной железы при сахарном диабете у молодых.....</b>	46
Демин Д.Б., Фуныгин М.С., Авченко М.Т., Кондрашов Н.И. <b>Опыт высокотехнологичной лапароскопической хирургии при объемных образованиях брюшной полости и забрюшинного пространства .....</b>	47
Демкович О.О., Колесникова А.Г., Поликарпина И.С. <b>К вопросу оказания антирабической помощи населению в ДНР за период 1997-2016 гг.....</b>	48
Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Голубова Т.С., Кичатый С.В., Захарова О.В. <b>Максимальные отклонения клинических показателей на различных этапах успешной трансплантации почки.....</b>	49
Домашенко О.Н., Демкович О.О., Слюсарь Е.А. <b>Лихорадка Западного Нила в Донецкой области.....</b>	50
Домашенко О.Н., Черкасова Т.И., Карабиза А.В. <b>К вопросу о диагностике сепсиса при иерсиниозе .....</b>	51
Дорошенко Т.В., Ярцева С.В., Нетруненко Л.В. <b>Фосфоглив в комплексном лечении хронического гепатита С в сочетании с алкогольной болезнью печени.....</b>	52
Дюбанов С.М., Луговсков А.Д., Вербицкая Е.А., Козикова О.А., Перцова Ю.Г. <b>Анализ первичного выхода на инвалидность в зависимости от стадии онкологической патологии за 2015-2016 гг. ....</b>	53
Ежелева М.И., Ластков Д.О., Брюханова С.Т. <b>Сравнительная характеристика условий труда и заболеваемости врачей-терапевтов поликлиники и стационара .....</b>	54
Ершова И.Б., Глушко Ю.В. <b>Особенности психосоматического статуса детей 7-9 лет, испытавших стресс в результате военных действий .....</b>	55
Ершова И.Б., Петренко О.В. <b>Эффективность применения витаминов группы В в реабилитации детей с лямблиозом .....</b>	56
Зыков А.М., Иванов Д.О., Ветров В.В. <b>Современная тактика ведения детей с диабетическим кетоацидозом .....</b>	56
Зяблицев Д.В., Бублик Я.В. <b>К вопросу о необходимости подготовки организаторов здравоохранения к работе в условиях обязательного медицинского страхования.....</b>	57
Иваненко А.А., Юсупов Р.Ю., Белоцерковская М.А. <b>Оценка влияния сахарного диабета как фактора риска у больных с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных сосудов .....</b>	58
Иваницкая Н.Ф., Степанова М.Г., Мехова Г.А., Черных С.В. <b>Анализ структуры и частоты встречаемости врожденных пороков развития у новорожденных ДНР .....</b>	59
Иваницкая Н.Ф., Михайлова Т.В., Савченко М.В. <b>Токсикологическое обоснование и оценка концентраций органических теплоносителей в рабочей зоне и атмосферном воздухе населенных мест.....</b>	60
Иваницкая Н.Ф., Судья Д.А., Зоркова Е.В., Михайлова Т.В. <b>Доклиническая диагностика интоксикации солями стронция по изоферментному спектру сывороточной холинэстеразы.....</b>	60
Игошина А.В., Статинова Е.А., Николенко В.Ю., Тищенко А.В., Ляхимец В.А. <b>Неврологические проявления гипоксической энцефалопатии при остром отравлении метаном у горнорабочих угольных шахт.....</b>	61



Игошина А.В., Николенко В.Ю., Николенко О.Ю., Ладария Е.Г., Ринсевич Ю.С. <b>Разработка поэтапной реабилитации горнорабочих, пострадавших от острого отравления метаном</b> ..... 62	Кузьменко А.Е., Хацко В.В., Жуков А.С., Хачатрян А.А., Крупка А.А. <b>Диагностика и хирургическое лечение повреждений печени</b> ..... 77
Игошина А.В., Статинова Е.А. <b>Токсико-гипоксические энцефалопатии у горнорабочих угольных шахт при острых отравлениях монооксидом углерода</b> ..... 63	Кумуржи Н.С., Глушич С.Ю., Яргина А.А. <b>Анализ случаев смертности плодов и новорожденных в условиях перинатального центра второго уровня</b> ..... 77
Кардашевская Л.И., Сапранков В.Л., Михайличенко Е.С. <b>Половые различия факторов риска и течения ОКС в период военно- го конфликта и экономической блокады</b> ..... 64	Куницкий Ю.Л., Христуленко А.А. <b>Использование малоинвазивных операций у больных с сочетанны- ми заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы</b> ..... 78
Кателенец М.О., Пронин И.В., Чайка О.О., Торба А.В., Ляшук А.В., Нижельский В.Е. <b>Опыт лечения язвенных форм хронической венозной недостаточ- ности</b> ..... 65	Кучеров С.А., Макиенко Е.Г. <b>Результаты лечения больных с аневризмой брюшного отдела аорты</b> ..... 80
Киреев И.А., Чмырь Н.Э., Колесников А.Н. <b>Описание клинического случая: бронхиальная астма (гормонозависимый вариант) с нарушениями гемодинамики</b> ..... 66	Ладария Е.Г., Гринцова А.А., Каратаева К.О. <b>Применение гипербарической оксигенации в лечении пациентов с последствиями боевой черепно-мозговой травмы</b> ..... 81
Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В., Колкина В.Я., Филахтов Д.П. <b>Неотложные операции в хирургии диафрагмы</b> ..... 67	Ластков Д.О., Бессмертный А.Н., Госман Д.А., Талеб Аль Каравани Я.Б. <b>Влияние уровня загрязнения почвы тяжелыми металлами на заболеваемость населения г. Донецка</b> ..... 82
Колкин Я.Г., Вегнер Д.В., Стулпаченко О.Н., Сидоренко Ю.А., Филахтов Д.П. <b>Хирургическая тактика при ранениях сердца</b> ..... 68	Лебедева Е.А., Беляевский С.А., Скобло М.Л. <b>Способ купирования послеоперационного делирия</b> ..... 83
Колкин Я.Г., Зубов А.Д., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Греджев Ф.А. <b>СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА</b> ..... 69	Лебедева Е.А., Беляевский С.А., Скобло М.Л. <b>Ивл у пациентов с септическим шоком и морбидным ожирением</b> ..... 84
Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В., Колкина В.Я., Филахтов Д.П. <b>Контузия легких. особенности клинического течения</b> ..... 70	Линчевский Г.Л., Головкин О.К. Бессонов Д.А. <b>Современные проблемы первичной реанимации новорожденных детей</b> ..... 85
Колкин Я.Г., Кузьменко А.Е., Греджев Ф.А., Межаков С.В., Коссе Д.М. <b>Современные принципы лечения острого панкреатита</b> ..... 70	Литвинова О.Н. <b>Функциональные методы исследования как критерий выбора лечебной тактики у больных с хроническими запорами на фоне аномалий развития толстой кишки</b> ..... 86
Коноваленко А.В., Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И. <b>Сепсис, SIRS и принятие тактического решения при лечении боль- ных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета</b> ..... 71	Лохматова И.А., Ершова И.Б. <b>Современные подходы к лечению аскаридоза у детей</b> ..... 87
Кострыгин А.К., Хомяков В.М., Рябов А.Б., Черемисов В.В., Новикова О.В., Колобаев И.В., Чайка А.В., Соболев Д.Д., Аксенов С.А. <b>Реконструктивно-пластические операции при десмоидных фибромах (ДФ) передней брюшной стенки. Опыт МНИОИ им. П.А. Герцена</b> ..... 72	Лунева Н.Н. <b>Анализ частоты течения исходов беременности у женщин с недиф- ференцированной дисплазией соединительной ткани</b> ..... 88
Коцюрба А.Р., Лыгина Ю.А., Бобров А.А. <b>Современные эпидемиологические особенности сальмонеллеза в Донецкой Народной Республике и пути его профилактики</b> ..... 73	<b>Луцкий И.С., Кишеня М.С.</b> <b>Ассоциация полиморфизма гена AGT с формированием патологии сердечно-сосудистой системы в условиях действия хронического стресса</b> ..... 89
Кулемзина Т.В., Криволап Н.В., Красножон С.В., Испанов А.Н., Сидорова В.В. <b>Персонализация подходов к восстановительному лечению пациентов травматологического профиля</b> ..... 74	Е.И. Луцкий <b>Нейропсихологическое тестирование в оценке когнитивных функций у лиц подверженных воздействию хронического стресса</b> ..... 90
Кузовлева И.А., Соцкая Я.А. <b>Оценка состояния гуморального иммунитета у больных хрониче- ской обструктивной болезнью легких на фоне частых респиратор- ных вирусных инфекций</b> ..... 75	Ляшук А.В., Торба А.В., Мирошниченко П.В., Пронин И.В., Чайка О.О., Киндрицкая Ю.Г., Нижельский В.Е., Кателенец М.О. <b>Результаты лечения больных с флотирующими тромбами системы нижней полой вены</b> ..... 91
Кузьменко А.Е., Шаталов С.А., Греджев Ф.А., Губанов Д.М., Нестеров Н.А. <b>Малоинвазивные хирургические вмешательства при постнекротиче- ских кистах поджелудочной железы</b> ..... 76	Макарчук О.В., Швадченко Ю.Ю., Кучеров С.А., Макиенко Е.Г., Чигринов Д.А., Костямин Ю.Д., Кузнецов А.С. <b>Применение эндоваскулярных эмболизационных методик в хирургии</b> ..... 92
	Максименко О.Л., Прокопенко Е.Б., Бубликова А.М., Антонова Л.Н. <b>Механизмы повреждения нейронов при остром нарушении мозго- вого кровообращения и методы направленной коррекции</b> ..... 93

Машир В.В. <b>Энгероинформационная медицина. оборудование.....</b>	93	Осипова Т.Ф., Ершова И.Б. <b>Диагностика болезни Кароли у ребенка .....</b>	107
Мельник А.В., Мельник В.А., Колесникова Т.И., Куляс В.М. <b>Некоторые пути оптимизации лабораторно-диагностической службы в Донецкой Народной Республике (ДНР) .....</b>	94	Островский И.М., Ленарт Т.В., Зиборова Ю.В. <b>Опыт работы клиники по оказанию неотложной помощи при синдроме бронхиальной обструкции у детей .....</b>	108
Мельник В.А., Беседина Е.И., Лыгина Ю.А., Каленчук Н.Л. <b>О состоянии эпидемической и эпизоотической ситуации по иксодовому клещевому боррелиозу (ИКБ) в 1-м полугодии 2017 г. на территории Донецкой Народной Республики .....</b>	95	Павлович Л.В., Ластков Д.О., Выхованец Т.А. <b>Интерактивные методы обучения в преподавании гигиены .</b>	109
Мельник В.А., Мельник А.В., Беседин И.Е., Мельник К.В. <b>О возможных перспективах использования биологических микрочипов для определения напряженности иммунитета против вакциноуправляемых инфекций у детей.....</b>	96	Писарев Я.И., Арзуманян С.К. <b>Варианты хирургического лечения диффузного токсического зоба .....</b>	109
Могилевская К.Э., Ласткова Н.Д., Николенко В.Ю. <b>Особенности вегетативно-вестибулярных нарушений у горнорабочих угольных шахт при вибрационной болезни от локальной вибрации.....</b>	97	Платонов А.С., Боечко С.К., Томкив И.А. <b>Эндоскопическая ринохирургия при огнестрельных ранениях околоносовых пазух.....</b>	110
Могилевская К.Э., Ласткова Н.Д., Николенко В.Ю., Николенко О.Ю., Боева И.А. <b>Прогнозирование риска вибрационной болезни от локальной вибрации у горнорабочих угольных шахт.....</b>	98	Победенная Г.П., Ярцева С.В., Сиротин В.И. <b>Особенности состояния некоторых медиаторов воспаления у больных бронхиальной астмой.....</b>	111
Монашова М.Г., Ершова И.Б. <b>Неврологические проявления у детей при энтеробиозе .....</b>	99	Победенная Г.П., Ярцева С.В. <b>Некоторые аспекты иммунного воспаления при бронхиальной астме, сочетанной с ожирением и сахарным диабетом 2 типа.....</b>	111
Налапко Ю.И., Ткачева М.Ю., Решетило Н.В. <b>Клинические аспекты психоэмоционального профиля беременных в III триместре беременности, переживших локальный военный конфликт .....</b>	99	Победенная Г.П., Ланг Е.В., Штыка Е.С., Колесниченко Т.В. <b>Клиническая эффективность терапии аллергического ринита с применением топического глюкокортикостероида и монтелукаста.....</b>	112
Налетов А.В., Вьюниченко Ю.С., Гуз Н.П. <b>Синдром раздраженного кишечника у детей. современный взгляд на проблему.....</b>	100	Победенная Г.П., Ярцева С.В., Кострюкова Л.Н. <b>Локальный статус у больных бронхиальной астмой разной степени тяжести .....</b>	113
Николенко В.Ю., Бондаренко Г.А., Денисенко А.Ф., Тищенко А.В., Ладария Е.Г., Боева И.А., Хижая Ю.Д. <b>Гипероксия в подготовке студентов-спортсменов .....</b>	101	Победенная Г.П. <b>Проблемные вопросы диагноза бронхиальной астмы .....</b>	114
Николенко О.Ю., Николенко В.Ю., Денисенко А.Ф., Могилевская К.Э., Смирнова А.В. <b>Дневные конъюгаты и иммунитет у больных хроническим вирусным гепатитом С.....</b>	102	Победенная Г.П., Ярцева С.В., Сиротин В.И. <b>Особенности состояния некоторых медиаторов воспаления у больных бронхиальной астмой.....</b>	115
Николенко О.Ю., Николенко В.Ю., Ластков Д.О., Боева И.А., Ринсевич Ю.С. <b>Показатели иммунитета у больных хроническим вирусным гепатитом С и активность супероксиддисмутазы.....</b>	103	Победенный А.Л. <b>Амбулаторная медицинская иммунореабилитация больных после перенесенной черепно-мозговой травмы средней тяжести.....</b>	115
Николенко О.Ю., Николенко В.Ю., Бондаренко Г.А., Жадинский Н.В., Тищенко А.В. <b>Особенности инфекционных осложнений в клинике профессиональных заболеваний и их диагностика.....</b>	103	Потапов А.А., Козаков А.Г. <b>Гигиенические аспекты оценки качества воды на территориях, пострадавших вследствие военных действий.....</b>	116
Николенко О.Ю., Николенко В.Ю., Скрябина А.А. <b>Пневмокониоз и артрит как аутоиммунное заболевание в эксперименте на животных .....</b>	104	Прилуцкий А.С., Глушич С.Ю. <b>Уровни ТТГ у беременных при наличии специфических аутоантител .....</b>	117
Николенко О.Ю., Ластков Д.О., Бондаренко Г.А., Николенко В.Ю., Могилевская К.Э. <b>Современные методы лабораторной диагностики туберкулеза в профпатологии .....</b>	105	Прилуцкий А.С., Демкович О.О., Роговая Ю.Д. <b>Заболеваемость гепатитом В и вакцинация в Донбассе: текущее состояние проблемы .....</b>	118
Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Мотузный А.И. <b>Анализ результатов лечения детей с воспалительными заболеваниями головного мозга в условиях отделения интенсивной терапии.....</b>	106	Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А. <b>Частота сенсибилизации к лимону у детей с пищевой аллергией на основании клинических показателей и специфических IgE-антител.....</b>	119
		Прохоров Е.В., Гончарова Т.А. <b>Карнитиновая недостаточность и особенности ее коррекции при пневмонии у детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС.....</b>	120
		Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В. <b>Частота и характер субклинических форм сердечно-сосудистой патологии у мальчиков-подростков предпризывного возраста Донецкого региона .....</b>	121



Романенко Т.А., Думчева Т.Ю., Демкович О.О. <b>Лабораторная диагностика коклюша: современные подходы</b> ..... 122	Сычев И.В., Ломакина Е.В., Куприянов Ю.Ю., Гончарова Л.Н. <b>Солевая чувствительность у больных гипертонической болезнью в зависимости от этнической принадлежности и полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы</b> ..... 136
Рябов А.Б., Хомяков В.М., Колобаев И.В., Черемисов В.В., Чайка А.В., Уткина А.Б., Аксенов С.А. <b>Непосредственные результаты малоинвазивных вмешательств при опухолях грудного отдела пищевода</b> ..... 123	Тимченко Д.В. <b>Легкая черепно-мозговая травма и ее служебно-медицинские аспекты</b> ..... 137
Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Бойченко А.А. <b>Феноменология отчуждения больных шизофренией</b> ..... 123	Ткаченко К.Е. <b>Распространенность сенсibilизации и клинические формы аллергии к антигенам яблока</b> ..... 137
Савченко М.В., Иваницкая Н.Ф., Михайлова Т.В. <b>Влияние тиомочевины и роданистого аммония на функциональное состояние щитовидной железы в условиях их производства</b> ..... 124	Толченникова Е.Н. <b>Роль Эбштейн-Барр вирусной инфекции в поражении почек у детей</b> ..... 138
Садеков И.А., Поляков А.В., Садеков И.В., Тупикина Е.А. <b>Невротические маски синдрома мозаичного снижения когнитивных функций у детей</b> ..... 125	Тонких Н.А. <b>Вазовагальные синкопе у детей. от клинических рекомендаций к персонификации диагностики и лечения</b> ..... 139
Саламех К.А., Соцкая Я.А. <b>Концентрация продуктов перекисного окисления липидов у боль- ных хронической обструктивной болезнью легких на фоне острого тонзиллита</b> ..... 126	Торба А.В., Коваленко А.В., Румянцев Г.В., Киндрицкая Р.В. <b>Результаты эндоскопического стентирования пищевода у онкологических больных ЛНР</b> ..... 140
Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Джоджуа А.Г. <b>Роль гомоцистеина в развитии сосудистых мозговых катастроф</b> ..... 127	Трушкина О.Г., Лунева Н.Н. <b>Анализ частоты развития гестационных осложнений у беременных с симфизиопатиями как клиническим проявлением недифференци- рованной дисплазии соединительной ткани</b> ..... 141
Симрок В.В., Желтоножская Ю.Б., Цымлов Е.И., Котов В.П., Симрок-Старчева Д.В. <b>Патогенетическое обоснование симультанных операций в практике гинеколога</b> ..... 128	Фисталь Э.Я., Меркулов Д.С. <b>Лечение обширных ран с использованием методов пластической хирургии</b> ..... 142
Скиба Т.А. <b>Маркеры эндотелиальной дисфункции у больных ХОБЛ, ассоциированной с остеоартрозом</b> ..... 129	Хабарова А.В., Соцкая Я.А. <b>Динамика системы мононуклеарных фагоцитов у больных неалкогольным стеатогепатитом на фоне перенесенного инфекционного мононуклеоза</b> ..... 142
Склянная Е.В. <b>Гиперсимпатикотонический тип ортостатической реакции как фактор риска развития артериальной гипертензии у молодых лиц</b> ..... 129	Хацко В.В., Шаталов А.Д., Шаталов С.А., Пархоменко А.В., Песчанский Р.Е. <b>Современные возможности хирургического лечения непаразитарных кист печени</b> ..... 143
Соловьева М.А. <b>Самозффективность пациентов с манифестными формами шизофрении</b> ..... 130	Хацко В.В., Шаталов А.Д., Коссе Д.М., Шаталов С.А. <b>Транспапиллярные методы лечения осложненной желчнокаменной болезни</b> ..... 144
Сорокин Ю.Н., Сорокина Е.Ю. <b>Васкулиты с поражением центральной нервной системы</b> ..... 130	Цыба Н.Н., Немченко И.С., Туркина А.Г. <b>Что скрывает гиперэозинофильный синдром?</b> ..... 145
Статинова Е.А., Джоджуа А.Г., Никитенко Д.В., Никитенко С.Н. <b>Использование препарата «Катадолон» в комплексном лечении больных вертеброгенными рефлекторными синдромами</b> ..... 131	Чайка В.К., Железная А.А., Цвяшко Т.И., Заец Е.В., Козыр Л.Н. <b>Применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в акушерско-гинекологической практике</b> ..... 146
Статинова Е.А., Сайко Д.Ю., Андропова М.А. <b>Нейропсихологические и нейрофизиологические особенности паркинсонического синдрома у больных хронической ишемией головного мозга II стадии</b> ..... 132	Чалая Л.Ф., Москалюк О.Н. <b>Кардиальные проявления дисплазии соединительной ткани</b> ..... 147
Статинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Ткачёва Е.Л., Сигитова Е.В. <b>Роль генетических ассоциаций в развитии ишемического инсульта</b> ..... 133	Челпан Л.Л. <b>Современные взгляды на проблему острой ревматической лихорад- ки у детей. связь с экологией Донбасского региона</b> ..... 148
М.В. Столбова, А.Н. Боркина, О.В. Рыжкова, Р.Р. Тавилова, Э.Ф. Нигматулина <b>Сравнение клиники, течения и патоморфологии гриппа АН1N1 и АН3N2</b> ..... 134	Ченский А. В. <b>Эффективность лечения импинджмент синдрома плеча у больных старших возрастных групп с использованием плазмы, обогащённой тромбоцитами</b> ..... 148
Супрун Е.В., Березова Е.В., Супрун В.Е. <b>Синдром диабетической стопы: современное состояние проблемы</b> ..... 135	Черемисов В.В., Рябов А.Б., Хомяков В.М., Вашакмадзе Л.А., Колобаев И.В., Чайка А.В., Соболев Д.Д., Стецюк А.Н., Керемов Р.К., Аксенов С.А. <b>Результаты циторедуктивных операций у пациентов с местно- распространенными неорганными забрюшинными опухолями</b> ..... 150

Черкасова Т.И., Домашенко О.Н. <b>Микробицидная активность гранулоцитов крови при вторично-очаговых формах иерсиниоза</b> ..... 150	Шано В.П., Гуменюк И.В., Демчук О.В., Гайдаш Л.Л., Посталюк И.Г. <b>Наука побеждать массивную внутриоперационную кровопотерю</b> ..... 160
Черкасова Т.И., Домашенко О.Н., Колесникова Т.И., Небесная Л.В. <b>Современная диагностика иерсиниоза</b> ..... 152	Шаталов А.Д., Дудин А.М., Межаков С.В., Коссе Д.М., Войтюк В.Н. <b>Роль фиброхолангиоскопии при лапароскопическом лечении калькулезного холецистита и холедохолитиаза</b> ..... 161
Черкесов В.В., Фуфаева И.Г. <b>Вопросы расследования случаев внезапной смерти работников угольной промышленности Донбасса</b> ..... 153	Шаталов А.Д., Дудин А.М., Межаков С.В., Пархоменко А.В., Литвинова А.С. <b>Малоинвазивные способы хирургического лечения непаразитарных кист печени</b> ..... 162
Чистяков В.С., Пестаков А.С., Сидоркевич С.В. <b>Сравнительная клиническая эффективность трансфузий эритроносодержащих компонентов</b> ..... 154	Шестопалова А.Д., Белоненко Г.А., Гринцов А.Г. <b>Роль ультразвукового исследования в выборе хирургической тактики при нелактационном мастите</b> ..... 162
Чистяков В.С., Пестаков А.С., Сидоркевич С.В. <b>Методы контроля качества криоконсервированных стволовых клеток периферической крови и костного мозга</b> ..... 154	Мельник Ю.А., Ковыршина Е.Е. <b>Особенности постинфарктного ремоделирования левого желудочка по данным лучевых методов диагностики</b> ..... 163
Чистяков В.С., Пестаков А.С., Сидоркевич С.В. <b>Организация работы банка стволовых клеток в условиях высоких объемов криоконсервации</b> ..... 155	Якимович С.Е., Соцкая Я.А. <b>Показатели энергетического метаболизма у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита</b> ..... 164
Чмырь Н.Э., Киреев И.А., Колесников А.Н., Киреев А.В. <b>Клинический случай гемолитической анемии</b> ..... 156	Яковчук Е.Д., Пенина Г.О. <b>Оценка динамики качества жизни северян с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне терапии препаратом I-лизина эсцината</b> ..... 165
Чуркин Д.В., Ластков Д.О., Ляшенко Е.Г. <b>Влияние изолированного отказа от курения табака на показатели заболеваемости у военнослужащих с предшествующим стажем работы в угольных шахтах</b> ..... 159	Яковчук Е.Д., Пенина Г.О. <b>Проявления дисциркуляторной энцефалопатии у пациентов из республики Коми на фоне лечения препаратом I-лизина эсцинат</b> ..... 166
Шано В.П., Демчук О.В., Гуменюк И.В. <b>Наука побеждать полиорганные нарушения в послеоперационном периоде</b> ..... 159	

Авсянкина Е.В., Статинова Е.А., Джоджуа А.Г., Сохина В.С., Бубликова А.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ДИНАМИКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Цереброваскулярные заболевания являются одной из важнейших медико-социальных проблем, так как наносят огромный экономический ущерб обществу, являясь причиной инвалидизации и смертности населения в мире.

Цель исследования. Изучить динамику двигательных нарушений у больных с депрессией, которые перенесли ишемический инсульт.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 60 больных в возрасте от 25 до 90 лет, с диагнозом ишемический инсульт, женщин было - 38 (63,3%), мужчин - 22 (36,6%). Все пациенты были разделены на три группы по 20 человек. I группу составили пациенты молодого возраста (25-44лет), II группу пациенты пожилого возраста (60-74лет), III группу пациенты старческого возраста (75-90лет).

Все больные обследовались с помощью Шкалы Рэнкина, которая использована нами для оценки функциональных исходов больных, перенесших инсульт. Выраженность спастического пареза определяли с помощью шкалы НИИ неврологии РАМН. С помощью шкалы Спилбергера-Ханина определяли уровень тревожности, также была использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Полученные данные статистически обрабатывались при помощи программы STATISTIKA 7.0.

Результаты и обсуждения. При обследовании психоэмоциональной сферы, у большинства наблюдаемых пациентов во II и III группах имела место развернутая картина тревожно-депрессивной симптоматики: трудность засыпания имела место у 38 (95%) больных, частые ночные пробуждения у 34 (85%), чувство страха у 31 (78%), хроническая усталость наблюдалась у всех пациентов, повышенная раздражительность у 35 (88%), снижение настроения у 34 (85%), слезливость у 34 (85%), апатия 39 (98%), в то время, как у пациентов I группы эти симптомы наблюдались лишь у небольшого 3 (15%) количества пациентов.

Выводы: В результате проведенных исследований, нами было установлено, что степень двигательных нарушений преобладали во II и III группах, в то время как в I группе, преимущественно наблюдались легкие двигательные нарушения или же двигательные нарушения отсутствовали.

Выявлена зависимость между депрессией и двигательными нарушениями: чем выше уровень депрессии у наблюдаемых больных, тем более выражены двигательные нарушения и инвалидность.

Авсянкина Е.В., Статинова Е.А., Джоджуа А.Г., Сохина В.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ЕГО НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Цель исследования: выявить нейропсихологические особенности больных ишемическим инсультом (ИИ) в зависимости от возраста.

Материалы и методы: Обследовано 60 больных в возрасте от 25 до 90 лет, с диагнозом ИИ, из них женщин было - 38 (63,3%), мужчин - 22 (36,6%). Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от возраста. I группу составили пациенты молодого возраста (25-44лет), II группу пациенты пожилого возраста (60-74лет), III группу пациенты старческого возраста (75-90лет). Всех больных обследовали с по-

мощью шкалы определения уровня тревожности Спилбергера-Ханина, госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Полученные данные статистически обрабатывались при помощи программы STATISTIKA 7.0.

Результаты: Клиническая картина большинства наблюдаемых пациентов во II и III группах характеризовалась развернутой тревожно-депрессивной симптоматикой: трудность засыпания имела место у 95%, частые ночные пробуждения у 85%, чувство страха у 97,5%, усталость у всех больных, повышенная раздражи-

тельность у 87,5%, снижение настроения у 97,5%, слезливость у 85%, потеря интереса у 95%, снижение памяти у 95%, в то время, как у пациентов I группы эти симптомы наблюдались лишь у небольшого 15% количества пациентов.

При обследовании всех пациентов с помощью шкалы определения уровня тревожности Спилбергера-Ханина, во II и III группах отмечалась гипомимия лица, монотонно-приглушенный голос и тревожное беспокойство. Оценка результатов исследования производилась по опроснику к шкале Спилбергера-Ханина, затем подсчитывалось количество баллов, где в I группе 30% больных набрали до 30 баллов – низкий уровень тревожности, у 70% имели место нормальные показатели, во II и III группах 65% больных набрали 31-45 баллов – средний уровень тревожности, и 35% больных набрали 46 баллов и более – высокий уровень тревожности.

**Агаркова Е.В., Николенко В.Ю., Ляшенко Е.Г.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ**

Одним из наиболее распространенных профессиональных заболеваний периферической нервной системы у горнорабочих угольных шахт являются хронические вертеброгенные радикулопатии. При хроническом заболевании часто запускается аутоиммунный механизм поддержания патологического процесса, в течении которого важную роль играет гуморальный иммунитет. Поэтому установить уровень содержания В-лимфоцитов и иммуноглобулинов у горнорабочих угольных шахт с хронической пояснично-крестцовой радикулопатией является важной задачей в разработке вопросов патогенеза заболевания.

Материал и методы. Обследовано 118 горнорабочих с хронической пояснично-крестцовой радикулопатией и 47 относительно здоровых горнорабочих контрольной группы. Средний возраст больных составил (57,97±0,91) лет. Стаж работы – (27,55±0,97) лет не отличался от контроля (25,61±1,13) лет ( $S=1,13$ ,  $pS=0,259$ ). Определяли содержание В-лимфоцитов по их поверхностным маркерам CD22+. Использовали соответствующие FITC-меченные моноклональные антитела (НПЦ «Гранум» (Харьков)) и метод проточной флуориметрии на проточном цито-

метре FACSCalibur (Becton Dickinson). В сыворотке крови определяли содержание IgA, IgM, IgG по Манчини. Результаты исследований рассчитывали с использованием оценки среднего значения ( $\bar{x}$ ), его ошибки - ( $S$ ), регрессионного анализа, коэффициента корреляции ( $r$ ), критерия Стьюдента ( $St$ ), Крускалла-Уоллиса ( $kKW$ ), медианного критерия ( $Mk$ ), критерия Манна-Уитни ( $MW$ ) и достоверности статистических показателей ( $p$ ).

Выводы: Установлено, что у всех больных II и III групп в клинической картине имела место тревожно-депрессивная симптоматика. Выявлено, что частота и тяжесть депрессивных нарушений зависит от возраста, чем старше больной, тем тяжелее депрессия.

метре FACSCalibur (Becton Dickinson). В сыворотке крови определяли содержание IgA, IgM, IgG по Манчини. Результаты исследований рассчитывали с использованием оценки среднего значения ( $\bar{x}$ ), его ошибки - ( $S$ ), регрессионного анализа, коэффициента корреляции ( $r$ ), критерия Стьюдента ( $St$ ), Крускалла-Уоллиса ( $kKW$ ), медианного критерия ( $Mk$ ), критерия Манна-Уитни ( $MW$ ) и достоверности статистических показателей ( $p$ ).

Результаты исследований. Из результатов исследования В-звена иммунной системы видно, что у больных пояснично-крестцовой радикулопатией имеет место статистически значимое уменьшение относительного количества В-лимфоцитов при анализе экспрессии CD22+-рецепторов, как относительного их количества до (10,45±0,24)%, так и абсолютного до (0,195±0,008)×10<sup>9</sup>/л. Содержание иммуноглобулинов класса G в сыворотке крови составляло (12,64±0,14) г/л и было статистически значимо выше, что может свидетельствовать о нарушении В-звена иммунитета. Также отмечено достоверное увеличение содержания Ig M до (1,04±0,02) г/л, что может свидетельствовать о повышении напряжения местного иммунного ответа. Кон-



центрация Ig A статистически значимо не отличалась от контроля и составляла  $(2,06 \pm 0,05)$  г/л. Развитие хронической пояснично-крестцовой радикулопатии у горнорабочих угольных шахт имело корреляционную связь с содержанием иммуноглобулинов IgM и IgG ( $r=-0,20$ ,  $p=0,0097$  и  $r=-0,18$ ,  $p=0,0162$ ) и не имело достоверной корреляционной связи с содержанием IgA ( $r=-0,09$ ,  $p=0,249$ ). активации В-лимфоцитов.

**Алиев А.Ю.**

*Министерство транспорта Донецкой Народной Республики*

### **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА РАБОТНИКОВ ТРАНСПОРТА ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН 2016-2017 ГГ.**

В Донецкой Народной Республике транспорт является одной из крупнейших базовых отраслей хозяйства, важнейшей составной частью производственной и социальной инфраструктуры. Так, интенсивными темпами идет развитие автомобильного, городского электрического и железнодорожного транспорта. Жителей Республики обслуживают 223 автобусных городских маршрута, 34 – электрического транспорта, на которые ежедневно выезжает более 1300 единиц автобусов и 257 электрического транспорта, по железной дороге курсирует 41 пригородный и 2 пассажирских поезда в различных направлениях. Поэтому вопрос сохранения здоровья работников транспорта и транспортной инфраструктуры является приоритетным. Особое внимание руководством Министерства транспорта уделяется профилактике инфекционных заболеваний, и в первую очередь профилактике ОРВИ, гриппа.

Согласно Распоряжению Главы Донецкой Народной Республики от 13.10.2016 г. № 155 «Об организации и проведении предсезонной иммунопрофилактики гриппа и других профилактических и противоэпидемических мероприятий» Министерством транспорта была проведена организационная работа по профилактической вакцинации работников транспорта и транспортной инфраструктуры от сезонного гриппа. Так, были определены контингенты эпидемиологического риска заболеваемости гриппом, подготовлены поименные списки лиц, изъявивших желание привиться от гриппа. Министерством транспорта Донецкой Народной Республики совместно с Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики, Республиканским центром санитарно-

Выводы. У горнорабочих с хронической пояснично-крестцовой радикулопатией имеет место вторичный иммунодефицит со снижением количества В-лимфоцитов, их субпопуляций и НК-лимфоцитов, а развитие заболевания имело корреляционную связь с количеством клеток в субпопуляциях. Также имеет место значительное увеличение уровней иммуноглобулинов М и G, что может свидетельствовать о чрезмерной

эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы были определены учреждения здравоохранения, на базе которых планировалось проведение вакцинации работников транспорта, а также согласованы сроки доставки вакцины и начало прививочной кампании.

Прививочная кампания стартовала в октябре и завершилась в декабре 2016 года. За это время процедуру вакцинации прошли 1768 сотрудников Министерства транспорта и подведомственных предприятий, что составило 100% от запланированного.

Для профилактики гриппа использовалась вакцина «Гриппол Плюс» (Российская Федерация), которая поступила по линии гуманитарной помощи.

В ходе вакцинации специалистами Министерства транспорта проводился еженедельный мониторинг и анализ выполнения плана вакцинации. По результатам анализа принимались управленческие решения, направленные на своевременную корректировку плана с целью максимального охвата работников транспорта вакцинацией.

Многолетним опытом учреждений здравоохранения Республики доказано, что лица, привитые против гриппа, болеют значительно реже не привитых, у них не возникают обострения хронических заболеваний и тяжёлые осложнения. Высокая привитость людей в коллективах позволяет избежать вспышек, что сохраняет их трудоспособность и снижает экономические потери.

Данный опыт был подтвержден и в эпидемический сезон 2016-2017 гг.:

- среди привитых не наблюдалось осложне-



ний от противогриппозной вакцины;

- при появлении симптомов ОРВИ заболевание протекало в более легкой форме, а количество пребывания на больничном листе составило всего 4-5 дней.

**Арзуманян С.К., Писарев Я.И.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **АССОЦИАЦИЯ ВИДОВ ВПЧ С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

Цель исследования: выявить доминирующие ВПЧ генотипы и определить их ассоциацию с эпителиальными дисплазиями.

Материал для исследования

Обследовано 120 женщин с измененной цитологической картиной цервикального эпителия и 40 условно здоровых женщин. Определяли типирование вируса папилломы человека 21 типа методом ПЦР в режиме «реального времени» с использованием КВАНТ-21. Данный анализ позволяет определить количество вируса и идентифицирует его генотип. Исследовали соскобы эпителиальных клеток из цервикального канала на содержание ВПЧ низкого (6, 11, 44) и высокого онкогенного риска (16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82).

Интерпретацию результатов проводили в соответствии с вирусной нагрузкой:

< 3 Lg (ВПЧ/105 клеток) - клинически мало-значимая вирусная нагрузка,

от 3 Lg до 5 Lg (ВПЧ/105 клеток) - клинически значимая вирусная нагрузка, нельзя исключить дисплазию, существует риск развития дисплазии

> 5 Lg (ВПЧ/105 клеток) - клинически высоко значимая вирусная нагрузка, высокая вероятность наличия дисплазии.

Цитологическое исследование мазков, полученных из эндо- и экзоцервикса (мазки по Папаниколау - PAP-тест) использовали в качестве скринингового метода диагностики, поскольку он применяется для диагностики при клинической и субклинических формах ПВИ. Чувствительность метода - 68-86 %, специфичность - 78-99 %.

Результаты.

Общая инфицированность ВПЧ всех обследованных женщин составила 42,4%. Установлено, что 69,5% женщин с CIN были инфицированы ВПЧ. Среди здоровых женщин доля инфицированных составила 25%, что достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем в группе женщин с измененной

Проведение вакцинации работников позволило обеспечить стабильную работу Министерства транспорта и подведомственных предприятий в осенне-зимний период, положительно отразилось на безопасности движения и перевозочном процессе.

цитологической картиной цервикального эпителия. У 3% здоровых женщин одновременно выявлено 3 типа ВПЧ и даже 7 типов вируса одновременно. При этом цитологическая картина материала из цервикального канала не изменялась. При исследовании вирусной нагрузки установлено, что 20% всех женщин были выявлены типы ВПЧ низкой онкогенности - 6, 11, 44 с количеством вируса более 3 lg копий ДНК. ВПЧ 6 типа обнаружен у 8% женщин, ВПЧ 11 типа у 3%, 44 типа 9% женщин. Достоверных отличий по частоте выявления в группах нами не установлено. Большинство случаев рака шейки матки связано с инфицированием ВПЧ 16 и 18. Вирус папилломы человека 16 типа чаще встречается при плоскоклеточном раке, а 18 типа - при железистом. ВПЧ 16 типа обнаружен у 14% всех женщин и только в 1% случаев его концентрация была ниже клинически значимой величины. В первой группе ВПЧ 16 обнаружен у 6% пациенток. При этом, только в сочетании с еще одним типом вируса. У пациенток второй группы ВПЧ 16 либо был единственным выявленным типом, либо сочетался с 66, 33 типами. ВПЧ 18 в нашем исследовании встречался в клинически значимых концентрациях в 6% случаев всех выявленных. Достоверных отличий ( $p < 0,05$ ) между группами не установлено. В группе женщин с нормальной цитологической картиной содержание копий ДНК ВПЧ 18 типа на 105 кл было достоверно ниже, а в некоторых случаях не достигало 3Lg (ВПЧ/105 кл). По нашим данным доля выявленных ВПЧ 31 была такой же, как и ВПЧ 18 в обеих группах. ВПЧ 52, 56, 66, 73 обнаруживались даже несколько чаще, но отличия были недостоверными.

Выводы:

Независимо от наличия или отсутствия клинико-морфологических изменений на шейке матки ВПЧ 16 типа занимает лидирующую позицию среди высокоонкогенных типов вируса. На втором месте по частоте встречаемости у

женщин без клинико-морфологических изменений на шейке матки, больных с хроническим цервицитом и CIN I степени находится ВПЧ 31-го типа и в разном проценте случаев встречаются все другие определяемые типы ВПЧ ВР. Известно, что цитологические критерии, позволяющие опытному врачу цитологу прийти к заключению о поражении цервикального эпителия ВПЧ, выявляют лишь в 30% всех случаев инфицирования. Вместе с тем, установлено, что

присутствие вируса даже без признаков дисплазии эпителия сопровождается 300-кратным возрастанием риска развития карциномы шейки матки. ВПЧ высокого риска ассоциированы с 99,7% случаев рака шейки матки (РШМ). Следовательно, ВПЧ-тест имеет большую прогностическую значимость, особенно если на фоне ВПЧ-инфекции уже имеется картина дисплазии эпителия шейки матки.

**Багрий А.Э., Щукина Е.В., Приколота А.В., Приколота О.А., Маловичко С.И., Ефременко В.А., Хоменко М.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

### **ИВАБРАДИН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ГИПОТЕНЗИЕЙ**

В последние годы в лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) со сниженной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) и синусовым ритмом все шире стал применяться селективный и специфический блокатор f-каналов синусового узла – ивабрадин, который у таких пациентов, обеспечивая снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) приводит к улучшению наполнения ЛЖ, замедлению его ремоделирования, улучшению переносимости физической нагрузки, снижению функционального класса (ФК) ХСН, уменьшению стенокардии и улучшению прогноза. В силу этих обстоятельств ивабрадин был включен в действующие сейчас рекомендации по лечению ХСН со сниженной систолической функцией ЛЖ в качестве одного из основных препаратов. Ивабрадин назначается пациентам, имеющим ЧСС  $\geq 70$  уд/мин., несмотря на титрования  $\beta$ -адреноблокаторов ( $\beta$ -АБ) или при их непереносимости. Наряду с указанными выше позитивными эффектами ивабрадина, которые делают его, несомненно, самостоятельным лечебным подходом у больных с ХСН, более раннее его назначение, возможно, будет способствовать улучшению качества титрования  $\beta$ -АБ (посредством более качественного снижения ЧСС на начальном этапе), улучшению показателей наполнения ЛЖ, что позволит избежать гипотензии на начальном этапе титрования  $\beta$ -АБ.

Цель исследования – оценить результаты раннего, еще до назначения  $\beta$ -АБ, использования ивабрадина у больных с ХСН с систолической дисфункцией ЛЖ и синусовым ритмом (СР) с исходной гипотензией.

Материал и методы. Под наблюдением на-

ходилось 26 больных (15 М : 11 Ж, средний возраст 62 года) с ХСН III-IV ФК по NYHA и фракцией выброса (ФВ) ЛЖ  $< 35\%$ , имеющих СР с ЧСС в покое  $> 70$  в мин (в среднем 91 в мин). Ни у одного больного на момент включения в исследование не было признаков выраженной перегрузки жидкостью. Исходно у всех уровни систолического АД были  $< 95$  мм рт.ст., что препятствовало началу терапии  $\beta$ -АБ. Ивабрадин назначался всем больным со стартовой дозы 10 мг/сут, через 2-4 недели дозу, при сохраняющейся ЧСС  $> 70$  в мин увеличивали до 15 мг/сут. При повышении систолического АД до 100 и более мм рт.ст. к лечению добавляли карведилол в начальной дозе 3,125-6,25 мг/сут. В дальнейшем дозу карведилола, при переносимости предыдущей, старались очень осторожно титровать, соблюдая темп, приблизительно в два раза медленнее традиционного. Период наблюдения составил 10-12 месяцев. Статистическую обработку проводили с использованием общепринятых методов статистики.

Результаты исследования. Раннее назначение ивабрадина, еще до начала приема  $\beta$ -АБ, привело к существенному достоверному снижению ЧСС и повышению систолического АД, что позволило у 17 пациентов уже через 2 недели после начала терапии ивабрадином начать прием карведилола, а у 9 – такая возможность появилась через 4 недели от начала применения ивабрадина. На фоне терапии отмечен прирост дистанции 6-минутной ходьбы (до лечения 165 м, спустя 10-12 месяцев лечения – 343 м), увеличение ФВ ЛЖ (до лечения 32%, спустя 10-12 месяцев 38%) и уменьшение конечно-систолического размера ЛЖ (до лечения 6,6 см спустя 10-12 ме-

сцев лечения 6,2 см) (все  $p < 0,05$ ). Отмечена удовлетворительная переносимость терапии ивабрадином и карведилолом. Лишь в 2-х случаях имело место нарастание общей слабости после добавления к ивабрадину карведилола, не потребовавшее отмены препарата

Выводы. Начало применения ивабрадина еще до  $\beta$ -АБ у лиц с ХСН со сниженной систолической

функцией ЛЖ и низким АД при синусовом ритме обеспечивает эффективное и безопасное достижение контроля ЧСС, способствует повышению АД и дает возможность начать терапию  $\beta$ -АБ, а также обеспечивает более существенный прирост дистанции в тесте 6-минутной ходьбы и улучшение параметров ремоделирования ЛЖ.

**Багрий А.Э., Шукина Е.В., Самойлова О.В., Цыба И.Н., Приколота О.А., Христуленко А.Л., Коваль С.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

В настоящее время альдостерону отводится важное место в развитии и прогрессировании хронической сердечной недостаточности (ХСН), его повышенные концентрации способствуют задержке натрия и воды с развитием отеков, увеличению потерь калия и магния, повышению симпатической и снижению парасимпатической активности, нарушению барорецепторной функции, усугублению дисфункции эндотелия, увеличению вазомоторной реактивности и оксидативного стресса. Кроме того, «вторичный гиперальдостеронизм» при ХСН является важным фактором, способствующим периваскулярному и интрамиокардиальному фиброзированию, снижению податливости стенки артерий, увеличению темпов ремоделирования камер сердца, повышению жесткости их стенок и, как следствие, развитию и прогрессированию диастолической и систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ). Наличие у альдостерона целого комплекса негативных сердечно-сосудистых эффектов (в особенности, его стимулирующего влияния на фиброзирование миокарда и ремоделирование ЛЖ) обосновывало применение антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМР) – эплеренона или спиронолактона для противодействия этим эффектам.

Цель исследования – оценить влияние АМР на ремоделирование ЛЖ у больных с различной этиологией ХСН со сниженной систолической функцией ЛЖ.

Материал и методы. Под проспективным наблюдением находилось 94 больных (62 мужчин и 32 женщины, средний возраст 64 года) с ХСН с

фракцией выброса (ФВ) ЛЖ менее 35 %. У 74 пациентов причиной ХСН была ишемическая болезнь сердца (ИБС – 1 группа), у 29 – дилатационная кардиомиопатия (ДКМП не-алкогольной природы – 2 группа). Скорость клубочковой фильтрации у всех пациентов была более 60 мл/мин. Всем больным лечение ХСН проводили в соответствии с существующими международными и отечественными рекомендациями, применяли ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или сартаны, бета-адреноблокаторы (дозировки этих классов препаратов подбирали путем титрования), диуретики, по показаниям – антитромботические средства. Все больные получали АМР: 45,7 % – эплеренон и 54,3 % – спиронолактон, их дозы также подбирали с помощью титрования. Период наблюдения за больными составил 14-18 месяцев. Всем больным в динамике проводили эхокардиографические исследования по общепринятой методике с обязательной оценкой динамических изменений структуры и функции ЛЖ. Статистическую обработку проводили с использованием общепринятых методов статистики.

Результаты исследования. В течение периода наблюдения значимое ремоделирование ЛЖ (со снижением ФВ ЛЖ на 5% и более или увеличением индекса конечно-систолического объема (ИКСО) ЛЖ на 10% и более от исходной величины) отмечено у 41,2% больных в 1 группе и у 65,5 % – во 2 группе. Среди лиц 1 группы (ИБС) частота развития отчетливого ремоделирования ЛЖ была статистически значимо выше среди тех лиц, которые получали дозы АМР  $\leq 25$  мг/сут в сравнении с теми, которые получали эти пре-

параты в дозе 50 мг/сут; во 2 группе (ДКМП) побочных отличий не было отмечено. При анализе с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона связь между применением более высокой дозы АМР и благоприятным влиянием на ремоделирование ЛЖ была отмечена для 1 группы пациентов ( $\chi^2 = 10,6$ ;  $p < 0,01$ ), но не присутствовала во 2 группе ( $\chi^2 = 3,2$ ;  $p > 0,05$ ).

**Башарова А.В., Пенина Г.О., Башарова Г.Р.**

*«Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации  
ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации*

### **ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2006-2015 ГОДЫ**

Известно, что болезни нервной системы относятся к одним из наиболее распространенных и являются довольно частой причиной временной и постоянной утраты трудоспособности, что определяет их высокую медико-биологическую и социально-экономическую значимость.

**Цель.** Определить динамические особенности распространенности болезней нервной системы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ статистических данных отчетов Минздрава Республики Башкортостан «Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан» за 2006-2015 годы.

**Результаты.** Анализ данных отчетов показал, что распространенность болезней нервной системы за последние годы (2006-2015) стабильно возрастала. Так, на 100 тысяч взрослого населения в 2006 году зарегистрировано 9554,7 болезней, в 2015г. диагностировано 11376,1 т.е.в 1,2 раза. Усредненный показатель заболеваемости за все 10 лет составил  $11076,1 \pm 20,5$  заболеваний на 100 тысяч взрослого населения. Наиболее частыми за период с 2011-2015гг.являлись расстройства вегетативной (автономной)- 6632,2 (57,8%) и болезни периферической- 1756,0 (15,3%) нервной систем. Также много эпизодических и параксизмальных расстройств- 609,3 (5,3%), экстрапирамидных нарушений- 394,6 (3,4%) на 100 тысяч взрослого населения. Сравнение усредненных данных по пятилетиям 2006-2010гг. и 2011-2015гг. выявило, что рост заболеваемости происходит в основном за счет увеличения частоты других экстрапирамидных нарушений (в 4,4 раза) и экстрапирамидных нарушений (в 1,6 раз), в т.ч. болезни

Выводы. У лиц с ХСН ишемической этиологии использование более высокой дозы АМР ассоциировалось с более выраженным благоприятным эффектом на ремоделирование ЛЖ; подобной связи для лиц с ХСН не-ишемической этиологии (ДКМП) не выявлено.

Паркинсона (в 1,2 раза), демиелинизирующих болезней (в 1,2 раза исключительно по рассеянному склерозу, миастении в 1,2 раза). Увеличилась заболеваемость по преходящим транзиторным ишемическим атакам на 116,2%, по болезням периферической нервной системы на 114,0%, расстройствам вегетативной (автономной) нервной системы на 110,3%, по эпилепсии на 103,4%. Несмотря на общий рост неврологической заболеваемости за анализируемый период произошло снижение центрального паралича в 2 раза, воспалительных заболеваний и поражений нейро-мышечного синапса (кроме миастении) в 1,5 раза, болезни Альцгеймера в 1,3 раза, системных атрофий на 112,2%, других дегенеративных нарушений на 108,7%, эпилепсии на 103,4%.

Важно отметить, что на фоне увеличения общей (накопленной) заболеваемости нервной системы в 1,2 раза, число вновь выявленных за рассматриваемый период 2006-2015гг. уменьшилось также в 1,2 раза (с 2251,9 в 2006 году до 1504,6 на 100 тысяч взрослого населения в 2015 г.). Средний уровень первичной заболеваемости за 2006-2015гг. составил 2096,5 на 100 тысяч взрослого населения. При этом в первом пятилетии с 2006 по 2010 год первичная заболеваемость увеличилась (в 2009 г. достигла 2722,6 случаев) и в среднем составила 2362,2, а во втором пятилетии (2011-2015 гг.)- 1831,8 на 100 тысяч взрослого населения. Особенно заметно (в 1,38) снизилась заболеваемость во втором (2011-2015гг.) пятилетии: число случаев центрального паралича в 4 раза, воспалительных заболеваний и поражений нейро-мышечного синапса в 2,3 раза, болезни Альцгеймера в 1,3 раза. Все остальные формы



патологии нервной системы сохранили тенденцию к увеличению.

Таким образом, динамичный постоянный рост уровня заболеваемости болезнями нервной

системы определяет необходимость углубленного и тщательного анализа распространенности этой важнейшей для населения патологии.

**Белик И.Е., Романенко К.В., Романенко В.Н.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ВИТАМИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК КОМПОНЕНТ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ КОЖНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ**

При хронических воспалительных заболеваниях, в т.ч. при красной волчанке (КВ), вследствие глубоких метаболических изменений, происходит нарушение биотрансформации свободной формы витаминов в коферментную, вследствие чего наблюдается тканевой дефицит витаминов, что в свою очередь поддерживает дисбаланс тканевого обмена с нарастающим каскадом свободно-радикальных реакций и гипоксических явлений, характерных для хронического воспаления [1-3]. В связи с этим, актуальным является разработка и совершенствование методов метаболической терапии (МТ) КВ с использованием препаратов, корригирующих реакции тканевого метаболизма и усиливающие естественные адаптационные процессы организма.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения больных кожной красной волчанкой (ККВ) с использованием комплексного метаболического витаминного препарата.

**Материал и методы**

Под наблюдением находилось 122 больных ККВ – 43 мужчины и 79 женщин в возрасте от 15 до 62 лет, которые были разделены на две репрезентативные группы. В основной группе (n = 87) терапия включала сбалансированный метаболический препарат, содержащий 100 мг L-карнитина, 50 мг лизина, 1 мг кофермента В12, 50 мг кофермента В1, 50 мг кофермента В6 (по 1 капсуле 3 раза в сутки на протяжении 4 недель наряду с традиционной терапией (ТТ)). Группа сравнения (n = 35) получала ТТ. Контролем послужили 20 здоровых лиц (мужчин и женщин). Эффективность лечения оценивали, определяя в крови: уровень конечного продукта метаболизма оксида азота (NO) – нитритов (NO<sub>2</sub>), интенсивность ПОЛ, состояние антиоксидантной защиты (АОЗ) и динамику клинической картины. Состояние АОЗ оценивали по активности каталазы (Кат), супероксиддисмутазы (СОД), количественного определения α-токоферола (ТФ). В плазме определяли содержание аргинина (Арг), свободной аминокислоты, предше-

ственного NO, циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ), который является вторичным мессенджером NO. Также оценивали интенсивность ПОЛ по уровню продуктов липопероксидации в крови: определяли концентрацию диеновых конъюгат (ДК) и малонового диальдегида (МД). Перекисный гемолиз эритроцитов (ПГЭ) оценивали колориметрически.

При статистической обработке полученных результатов (Microsoft Excel) оценивали средние значения (M), их ошибки (m), коэффициенты корреляции (r), критерии Стьюдента (S), Вилкоксона (W), Рао (R), Крускала-Уоллиса (KW), Хи-квадрат и достоверность статистических показателей (p).

**Результаты и обсуждение**

При сопоставлении результатов исследований выявлено, что у здоровых уровень нитритов/нитратов в крови составлял  $4,3 \pm 0,15$  мкмоль/л, при ККВ до лечения –  $4,89 \pm 0,15$  мкмоль/л, (p < 0,001). У больных ККВ изменялся метаболизм NO, что проявлялось увеличением соотношения NO<sub>2</sub>/цГМФ. Были проведены корреляционные сравнения показателей метаболизма NO с параметрами ПОЛ и АОЗ у больных ККВ. Уровень вторичного мессенджера NO цГМФ обратно коррелировал со значениями ПГЭ (r = (- 0,238), p = 0,022), а прямо – с активностью СОД (r = (+ 0,229), p = 0,027). Установлено изменение содержания показателей ПГЭ (KW = 3,89, p = 0,048), АОА (KW = 6,78, p = 0,009), СОД (KW = 4,51, p = 0,034), ТФ (KW = 6,23, p = 0,013), ДК (KW = 5,31, p = 0,021).

При анализе динамики клинико-лабораторных изменений в основной группе и группе сравнения через 4 недели метаболической терапии в основной группе больных отмечалась более выраженная тенденция к нормализации показателей ПГЭ (p = 0,001), Дк (p = 0,031), NO<sub>2</sub> (p = 0,0008), СОД (p = 0,0011), уменьшалось соотношение NO<sub>2</sub>/цГМФ (p < 0,001). Уровень нитритов/нитратов в крови составлял  $4,44 \pm 0,15$  мкмоль/л, при (p < 0,001). Изменения кли-



нического статуса больных сопровождалось уменьшением или исчезновением инфильтрации, эритемы, фолликулярного гиперкератоза. У больных основной группы в меньшей степени, по сравнению с группой, получавшей традиционное лечение, формировались явления рубцовой атрофии.

#### Выводы

Таким образом, использование комплексного аминокислотного и витаминного препарата в составе МТ у больных КВ нормализует про-

цессы тканевого метаболизма, корригирует обменные реакции, уменьшает явления тканевой гипоксии, и вследствие этого улучшает состояние АОЗ, регулирует процессы ПОЛ. Эффективность МТ проявляется положительной клинической динамикой, ускоренным регрессом клинических проявлений у больных ККВ, что обуславливает необходимость включения аминокислот и витаминов в комплексную терапию больных ККВ.

**Белозерова Н.А., Чабан В.В.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ «НЕКСИУМА» В КОМПЛЕКСНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Язвенная болезнь (ЯБ) продолжает оставаться распространенным заболеванием с развитием опасных для жизни осложнений. Неотъемлемой составной частью терапии ЯБ больных, инфицированных *Helicobacter Pylori* (НР), остаются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Они обладают антихеликобактерной активностью, являются мощными ингибиторами кислотной продукции, быстро купируют симптомы заболевания и приводят к заживлению язвенного дефекта. Нексиум (Эзомепразол) – это моноизомер, который представляет собой S-изомер омепразола, более эффективно ингибирует кислотообразование в желудке по сравнению с омепразолом.

**Цель:** определить терапевтическую эффективность «Нексиума» при комплексной эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью, ассоциированной с НР.

**Материалы и методы.** Обследовано 30 мужчин с пептической язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК), ассоциированной с НР, неосложненного течения. Длительность заболевания составляла 3,8 лет. Средний возраст больных равнялся 35,3 лет. Больным проводилось общепринятые клинико-лабораторные обследования, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Бралась биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка с определением НР быстрым уреазным тестом и цитологическим исследованием мазков-отпечатков.

Больные получали тройную терапию: «Нексиум» по 20 мг внутрь 2 раза в день 10 дней. С «Нексиумом» больные получали амоксициллин 1000 мг 2 раза и кларитромицин по 500 мг 2 раза в день. Эффективность лечения оценивалась по

динамике клинических показателей, данным ЭГДС и результатам эрадикационной терапии.

**Результаты и обсуждение.** В клиническом течении заболевания у 98% больных преобладали болевой абдоминальный синдром (2,7 баллов по 3-х бальной шкале) и диспепсический синдром (1,9 баллов). У 68% установлены астено-невротические расстройства. При эндоскопическом обследовании солитарные язвы в луковице двенадцатиперстной кишки обнаружены у 85,4% больных, у 14,6% - множественные язвы, в том числе 44,8% из них были острыми и 55,2% - хроническими. У 40,6% больных размеры язвенного дефекта превышали 1 см<sup>2</sup>, у остальных были до 1 см<sup>2</sup>. Язвенная болезнь сопровождалась явлениями хронического гастродуоденита разной степени выраженности от очагового до диффузного, эрозивного и геморрагического характера. У больных выявлены гастроэзофагеальный (27,4%) и дуоденогастральный рефлюксы (30,2%). В динамике болевой синдром исчез у половины больных (15) на 2-й день, у остальных на 3-й день от начала лечения. Параллельно болевому уменьшался и диспепсический синдром. Астено-невротические расстройства купировались у большинства больных на 1-2 неделе лечения и только у 3-х больных - концу 3-й недели. Полное рубцевание язвенного дефекта через 2 недели документировано с помощью ЭГДС у 24 (80%) больных, у 5 (16%) через 3 недели и у 1 больного полное рубцевание не наступило. Визуальные признаки активного гастродуоденита сохранились у 3 (10%) больных. Гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюксы сохранились у 2 больных. Эрадикация НР не наступила у одного больного, которому в дальнейшем

была назначена терапия второй линии с положительным результатом. «Нексиум» хорошо переносился больными, только у одного больного прием «Нексиума» сопровождался головной болью и диареей.

**Беседина Е.И., Прилуцкий А.С., Скрипка Л.В., Мельник В.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУЛЯРЕМИИ**

В современных условиях существенно расширился круг проблем эпидемиологии инфекционных болезней, связанных с осложнением эпидемиологической ситуации давно известных классических инфекций. Одним из таких инфекционных заболеваний является туляремия – природно-очаговое зоонозное заболевание бактериальной природы с мультиформными механизмами передачи, которые обеспечивают разнообразие специфической первичной локализации возбудителя и клинических проявлений заболевания.

Для территории некоторых районов Донецкой области туляремия является природно-очаговой инфекцией, эпидемическая и эпизоотическая ситуация по которой находится в прямой зависимости от социально-экономической обстановки и характеризуется отсутствием стабильности. Кроме того, особую актуальность данная проблема приобрела в связи с наличием природных очагов данной инфекции на смежных территориях Российской Федерации.

В последние годы возбудители туляремии привлекали внимание и на глобальном уровне как вероятные средства биотерроризма. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о том, что патогенность бактерий *Francisella tularensis* является биологически сложным полидетерминантным признаком, находящимся под контролем многих важных регуляторных систем, ответственных за развитие генерализованного инфекционного процесса и формирование иммунной защиты теплокровного организма.

В этой связи возникла необходимость мониторинга за циркуляцией возбудителя туляремии на отдельных территориях республики с целью установления активности природных очагов данной инфекции, выявления наиболее опасных в эпидемиологическом отношении районов, изучения особенностей иммунизации, оптимизации профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Выводы. «Нексиум» фирмы «AstraZeneca AB», Швейцария, является эффективным ингибитором протонной помпы в комплексной эрадикационной терапии язвенной болезни, безопасный в применении, т.к. сопровождается минимальным побочным действием.

Нами изучена циркуляция возбудителя туляремии в объектах окружающей среды за период 1993–2014 гг. Результаты исследований свидетельствовали об активизации природных очагов туляремии. Интенсификация эпизоотических процессов на фоне подъема численности мышевидных грызунов и иксодовых клещей подтверждена данными лабораторного мониторинга за наличием возбудителей в объектах внешней среды. Объективным доказательством активности природных очагов туляремии свидетельствовала регистрация спорадических случаев заболеваний среди населения данных территорий и ежегодное выделение специфического антигена в погадках птиц и антител от мышевидных грызунов и зайцев. Случаи заболеваний туляремией имели выраженную профессиональную принадлежность, имели место у лиц, занимающихся охотой, рыбалкой, сельхозработами и прочее. На фоне вышеописанных процессов, за период с апреля 2016 по январь 2017 гг. было выявлено 9 случаев лабораторно подтвержденных заболеваний на территории Новоазовского района.

Регистрация спорадических случаев заболеваемости на изучаемой территории свидетельствует в пользу периодической активизации эпидемической заболеваемости и указывает на существование природного очага туляремии на территории республики. Это в свою очередь является неоспоримым аргументом для организации и проведения постоянного эпидемического надзора в данном регионе.

Учитывая вышесказанное, одним из приоритетных профилактических мероприятий на территории повышенного риска заболеваемости туляремией является вакцинация. В настоящее время нами проводятся исследования с целью оптимизации проведения профилактических прививок населению, находящемуся на территории активных природных очагов туляремии.

Бордюгова Е.В., Пшеничная Е.В., Тонких Н.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## КАРДИАЛГИЯ У ДЕТЕЙ. ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Кардиалгия – частая причина обращения за медицинской помощью в детском возрасте. Боль в области сердца может иметь различное происхождение: заболевания сердца и крупных сосудов; патология органов грудной клетки, кардиофрагмальный и психовегетативный синдром, болезни позвоночника, миофасциальные нарушения и др.

Цель настоящей работы – ретроспективный анализ причин кардиалгии у 62 пациентов (26 мальчиков, 36 девочек) от 7 до 17 лет, госпитализированных в отделение детской кардиологии и кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в 2014-2017 гг. Оценивали жалобы, данные объективного осмотра, физического развития, показатели артериального давления (АД); стандартной электрокардиографии (ЭКГ); по показаниям – 24-часовое мониторирование ЭКГ и АД; эхокардиографическое исследование сердца; острофазовые показатели, антистрептолизин О, уровень электролитов крови, ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов, дуплексное или триплексное сканирование брахиоцефальных сосудов, электроэнцефалографии, рентгенографии шейного отдела позвоночника с функциональными спондилограммами; ультразвуковое исследование органов брюшной полости; фиброгастродуоденоскопии. Оценку вегетативного статуса проводили с использованием шкалы «вегетативных расстройств» по опроснику В. В. Седнева.

Среди больных, предъявлявших при поступлении жалобы на боль в проекции сердца, были пациенты с клиническими признаками нарушения вертебробазиллярной артериальной системы на фоне нестабильности шейного отдела позвоночника и экстравазальной компрессии позвоночных артерий (в дальнейшем – синдром позвоночной артерии – СПА) – 30 (48,4%) чел. – I группа. У 32 (51,6%) чел. кроме СПА, диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – II группа. Среди пациентов обеих групп преобладали девочки 12-15 лет – 36 (58,1%) чел., что вероятно связано с особенностями пубертатного периода.

Оценка физического развития констатировала у 61,3% детей дисгармоничную конституцию. Выявлено преобладание детей с массой, превышающей 95 перцентиль, во II группе (СПА+ГЭРБ) –  $\chi^2=4,240$ , ( $p<0,05$ ). Указанное свидетельствует о влиянии избыточной массы и ожирения I ст. в формировании ГЭРБ у детей с СПА.

Описание болевого синдрома показало, что у детей I группы боль носила колющий характер, усиливалась на вдохе и локализовалась на верхушке или в области левого соска, без иррадиации. В группе детей с СПА и ГЭРБ (II группа) статистически значимо чаще боль локализовалась за грудиной и носила ноющий или давящий характер. Особенностью боли у этих детей было ее появление после физической нагрузки в виде наклонов и приседаний.

Несмотря на кардиалгию, у 96,8% пациентов ЭКГ была в норме, у 3,2% больных выявлена синусовая брадиаритмия и атриовентрикулярная блокада I ст. У всех пациентов обеих групп имело место поражение позвоночных артерий, представленное извитостью, гипоплазией, экстравазальной компрессией, сочетанием гипоплазии и экстравазальной компрессией позвоночной артерий. У всех обследованных детей имеет место нестабильность в разных сегментах шейного отдела позвоночника, что сопровождалось и электроэнцефалографическими феноменами (регуляторные нарушения, дисфункция диэнцефальных образований, выраженные диффузные изменения, повышенный порог пароксизмальной готовности головного мозга). У всех детей с кардиалгией отмечались нарушения вегетативного и психоэмоционального статуса, причем у детей II группы уровень астении больше среднего был в 2,4 раза выше, чем в I группе.

Выводы. Таким образом, жалобы на боль в области сердца встречаются часто и требуют от врача серьезной клинической оценки.

**Борота А.В., Плахотников И.А., Енгенов Н.М., Борота А.А.,  
Кухто А.П., Диденко М.В., Темниченко Д.П.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БЕЗНАТЯЖНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ**

Возможность совмещения протезирующей безнатяжной герниопластики с малотравматичным эндовидеохирургическим (ЭВХ) подходом к зоне оперативного вмешательства, т. е. к задней стенке пахового канала, открыла новые перспективы хирургического лечения паховых грыж. Несмотря на большое количество способов герниопластики паховых грыж рецидивы достигают 10-35% при использовании классических методик и 3-5% при применении ненапряжных методов с использованием синтетических протезов. После лапароскопических способов пластики первичных грыж частота рецидивов колеблется от 1 до 3%.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии на базе ДоКТМО в период с 2001-2016гг. выполнена эндовидеохирургическая герниопластика 157 больным, которые ранее оперированы безнатяжными технологиями с применением синтетических протезов как ЭВХ способом, так и по Лихтенштейну.

Результаты и обсуждение: В случаях рецидива грыжи после нелапароскопических вмешательств (Лихтенштайна) мы встречались с наличием рубцового процесса в зоне задней стенки пахового канала, изменение анатомии паховой области, развитие спаечного процесса. В этих наблюдениях мы сталкивались с трудностями при отделении париетальной брюшины с целью формирования площадки для протеза. Наиболее выраженные рубцовые изменения встречались непосредственно в паховом канале, где мы сталкивались с ними в случаях кривой паховой грыжи. выделение грыжевого мешка из пахового канала и его отделение от семенного канатика выполняли острым путем с использованием электрокоагуляции под постоянным визуальным контролем элементов семенного канатика. Эти два этапа были наиболее трудоемкими и сложными, тогда как последующие расположение протеза и его фиксация не вызывали затруднений. Технические сложности возникали также при перитонизации полипропиленового протеза, что мы считаем обязательным. Удобнее всего оказалось использование неизменной брюшины медиальной паховой складки, которая расправлялась и укладывалась над протезом, с последующей фиксацией. Случаи истинных рецидивов

прямых грыж затруднений не вызывали, и особенных технических приемов мы не использовали, выполняя вмешательство по описанной ранее методике с тщательной фиксацией медиальной части протеза. Следует отметить особенности оперативного лечения рецидивных паховых грыж после перенесенной эндовидеохирургической герниопластики. В этих наблюдениях смещение и деформация анатомических структур были менее значимы, вместе с тем рубцовые изменения брюшины над мигрировавшим протезом были настолько выражены, что практически не позволяли мобилизовать брюшину в этой области. Кроме того, не представляется возможным удаление ранее уложенного, проросшего собственными тканями протеза, а так же мы считаем нецелесообразным удаление ранее уложенного протеза. В связи с этим лечение заключалось в установке и фиксации второго имплантата, причем фиксация осуществлялась и к участку ранее установленного протеза, который не мигрировал от грыжевых ворот. Перитонизация представляла собой большую техническую проблему – использовались все доступные для мобилизации участки брюшины.

Выводы: Таким образом, основываясь на полученных результатах выполненной работы, мы можем сделать следующее заключение. Эндовидеохирургическую герниопластику у больных с рецидивами, ранее оперированных безнатяжными технологиями следует считать методом выбора, обеспечивающим малую травматичность, асептичность, хорошие условия для заживления ран. Методика основана на протезирующей безнатяжной пластике задней стенки пахового канала. Разработанные технические приемы позволяют уменьшить травматичность, сократить время операции. Эндовидеохирургическая герниопластика обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, короткие сроки стационарного лечения, скорейшую трудовую и социальную реабилитацию.



**Борота А.В., Момот Н.В., Плахотников И.А., Борота А.А., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

## **РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА**

При стандартной колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, протективной илеостомией, оставление слизистой в минимальной культе прямой кишки, сохраненной для формирования анастомоза всегда несет угрозу обострения резидуального язвенного колита (ЯК), что требует проведения постоянной противорецидивной терапии.

**Цель работы:**

Оценить результаты предложенного реконструктивно-восстановительного хирургического вмешательства при резистентных и осложненных формах ЯК.

**Материалы и методы:**

В клинике общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период с 2012 по сентябрь 2017 года центра 67 пациентов были оперированы по поводу ЯК. Реконструктивно-пластические вмешательства в один или несколько этапов выполнены у 48 из этих 67 пациентов.

Стандартная колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, протективной илеостомией выполнена 28 пациентам.

А 20 пациентам выполнен принципиально новый тип вмешательства следующим образом: Выполняют стандартную колпроктэктомию, формируют стандартный илеальный резервуар. Культю прямой кишки выворачивают слизистой оболочкой наружу и поэтапно выполняют высокочастотную электротермическую мукозэктомию при помощи инструмента LigaSure Precise Plus (Covidien). После погружения культи в полость малого таза формируют стандартный илео-поуч-ректальный механический циркулярный анастомоз и протективную илео-

стому. Также следует отметить, что 2 пациентам выполнена лапароскопически-ассистированная колпроктэктомия.

Всем пациентам проводили эндоскопию с биопсией культи прямой кишки и морфологическим исследованием, серию рентгенографических, СКТ и МРТ исследований, анкетирование при помощи опросников качества жизни для динамического наблюдения за состоянием культи прямой кишки.

**Результаты:**

Не отмечено разницы между структурой и количеством послеоперационных осложнений.

Явлений кулитита у пациентов, перенесших высокочастотную электротермическую мукозэктомию культи прямой кишки, не возникало.

При выполнении высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки функциональные результаты не отличались от таковых при выполнении стандартного оперативного вмешательства.

при выполнении лапароскопически-ассистированного и традиционного хирургических вмешательств функциональные результаты также не различались.

**Выводы:**

При язвенном колите колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией позволяет полностью удалить слизистую оболочку культи прямой кишки, чем исключает риск возникновения кулитита, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Возможно выполнение лапароскопически-ассистированного этапа колпроктэктомии. Функциональные результаты не ухудшаются.



**Борота А.В., Седаков И.Е., Полунин Г.Е., Коктышев И.В., Танасов И.А., Гюльмамедов В.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АССОЦИИРОВАННЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

Актуальность: язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) вместе составляют вид кишечной патологии, известной как неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки (НВЗТК), с неизвестной этиологией. Если 20-30 лет тому назад ЯК относили к редким заболеваниям, а БК к экзотическим, то в последние годы из-за своей распространенности многие авторы называют их болезнями цивилизации

Цель работы: оценить частоту встречаемости ассоциированных с ЯК и БК различных видов опухолей толстой кишки (ТК).

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 1020 больных: 690 (67,6±1,5%) с ЯК и 330 (32,4±1,5%) с БК за 30 лет. У всех пациентов диагноз подтвержден морфологически.

Результаты: рак толстой кишки (РТК) наблюдали у 39 (3,8±0,6%) от общего числа пациентов: 27 (3,9±0,7%) в группе с ЯК и 12 (3,6±1,0%) в группе с БК ( $p>0,05$ ). Воспалительные псевдоопухоли (ВПО) – у 44 пациентов: 13 (29,5±6,9%) в группе с ЯК и 31 (70,5±6,9%) в группе с БК ( $p<0,01$ ). Полипоз толстой кишки (ПТК) – у 35 пациентов: 27

(77,1±7,1%) в группе с ЯК и 8 (22,9±7,1%) в группе с БК ( $p>0,05$ ).

В зависимости от времени диагностики различных видов опухолей время наблюдения разделено на равные 3 периода: по 10 лет. В 1-м периоде выявлено 16 (13,6±3,2%), во 2-м – 25 (21,2±3,8%), в 3-м – 77 (65,3±4,4%) от общего количества случаев заболевания. В группе с РТК в 1-м периоде выявлено 2 (5,1±3,5%), во 2-м – 10 (25,6±7,0%), в 3-м – 27 (69,2±7,4%) случаев заболевания. В группе с ВПО в 1-м периоде выявлено 6 (13,6±5,2%), во 2-м – 11 (25,0±6,5%), в 3-м – 27 (61,4±7,3%) случаев заболевания. Из 35 случаев ПТК в 1-м периоде выявлены у 8 (22,9±7,1%), во 2-м у 4 (11,4±5,4%), в 3-м – у 23 (65,7±8,0%) пациентов.

Выводы: таким образом, с учетом общей тенденции роста заболеваемости и распространенности во всем мире ЯК и БК, количество ассоциированных с этими заболеваниями различных видов опухолей ТК увеличилось, по нашим данным, в 4,8 раз, в том числе: РТК в 13,5 раз, ВПО – в 4,5 раза, ПТК – в 2,9 раза. Лица трудоспособного возраста составляют 73,5%.

**Бублик Я.В., Зяблицев Д.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **К ВОПРОСУ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Актуальность темы: обязательное медицинское страхование, как вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение оказания застрахованному лицу бесплатной медицинской помощи при наступлении страхового случая.

Материалы и методы: полис обязательного медицинского страхования выдается гражданам Российской Федерации, а также постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным Законом «О беженцах» № 4528-1 от 19 февраля 1993 года, а также с изменениями в закон от 22 декабря 2014 года, полис выдается на срок пребывания, уста-

новленный для данных лиц. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается на срок действия разрешения на временное проживание.

Для получения полиса обязательного медицинского страхования следует лично или через своего представителя подать заявление о выборе страховой медицинской организации в любом пункте выдачи полисов. При себе необходимо иметь: документ удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении). В день получения заявления от гражданина страховая медицинская организация направляет заявку на изготовление полиса обязательного медицинского страхования, который выдается не позднее, чем через 30 рабочих дней.

Застрахованным гражданам медицинская

помощь оказывается бесплатно при следующих заболеваниях и состояниях: инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита; новообразования; болезни эндокринной системы; болезни нервной системы; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания; болезни мочеполовой системы; болезни кожи; болезни костно-мышечной системы; врожденные аномалии; беременность, роды, послеродовой период и аборт; отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Право на оказание бесплатной медицинской помощи имеют все граждане Российской Федерации без исключения. Главный критерий её получения – медицинские показания. Порядок оказания медицинской помощи определен в соответствии с приказом Министерства здравоо-

рания России от 29 декабря 2014 года № 930-Н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

Результаты: обязательное медицинское страхование – это созданная государством система, защищающая интересы населения Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Выводы: обязательное медицинское страхование позволяет всем гражданам Российской Федерации в равной степени получить медицинскую помощь, затраты на которую будут компенсированы не из личных средств гражданина, а из бюджетов систем обязательного медицинского страхования. При этом перечень оказываемых медицинских услуг определяется в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

**Бубликова А.М., Статинова Е.А., Сохина В.С., Максименко О.Л.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Лечение болезни Паркинсона (БП) является сложной и нередко трудно выполнимой медицинской задачей. Большая часть пациентов с БП изначально находятся на терапии дофаминергическими средствами, которые не только существенно меняют привычную клиническую картину паркинсонизма, но и служат причиной целого ряда побочных эффектов, требующих дифференцированного терапевтического подхода. Эти явления и служат одной из причин так называемого патоморфоза БП, развивающегося при длительном лечении препаратами леводопы.

На сегодняшний день остаются актуальными основные принципы дофаминергической терапии, заключающиеся в повышении синтеза дофамина (ДА) в мозге, стимуляции процесса выброса дофамина из пресинаптической терминали, стимуляции рецепторов, чувствительных к дофамину, торможении процесса обратного поглощения дофамина пресинаптическими структурами, торможении катаболизма дофамина.

Все эти типы антипаркинсонических средств имеют разную «точку приложения» в синапсе, хорошо сочетаются и даже предполагают совместное использование, так как, потенцируя эффект друг друга, позволяют оптимальным образом получить терапевтический эффект при минимальной дозе базового препарата.

По мере прогрессирования заболевания, как

правило, расширяется арсенал используемых антипаркинсонических средств. Так при необходимости повышения дозы дофасодержащего препарата выгоднее не повышать дозу последнего, а включать в схему лечения другие дофаминергические средства, не содержащие леводопу, что позволяет усилить активность дофаминергического синапса и тем самым оптимизировать процесс лечения паркинсонизма.

Мировой опыт использования дофаминергических средств, говорит о том, что симптоматическая терапия, по сути не влияет на патогенез и сохраняет прогрессивность болезни. Для многих пациентов и врачей паркинсонизм превращается в тупиковую проблему, решение которой требует принципиально новых подходов к пониманию клеточных механизмов дегенеративного процесса при данном заболевании, что и является предметом дальнейших исследований.

Перспективы в лечении болезни Паркинсона в настоящее время связывают с созданием и применением антиэксцитотоксических препаратов, новых и более эффективных антиоксидантов, нейротрофических и антиапоптозных средств. Сегодня уже существуют реальные предпосылки для привлечения методов и средств генной инженерии, а также иммуномодуляторов.

Бубликова А.М., Сердюк В.В., Шевченко Д.Ф., Фролова С.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ АДЕКВАТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Цель исследования. Выявление зависимости психоэмоционального состояния (ПЭС) при проведении эффективного лечения гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии (гДЭП) и гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 35 пациентов обоих полов с гДЭП на фоне церебрального атеросклероза с артериальной гипертензией и ГБ II стадии, 1-2 степени тяжести в возрасте от 28 до 75 лет. Данные пациенты принимали антигипертензивную терапию для лечения ГБ индивидуально подобранную лечащим врачом-кардиологом и терапию, направленную на лечение гДЭП, назначенную врачом-невропатологом. Исследование проводилось с использованием экспресс-теста Уилсона (ЭТ Уилсона) и самооценочной шкалы депрессии В.Зунга (СШД Зунга) 2 раза: при поступлении пациентов на стационарное лечение и перед выпиской. Перед прохождением тестов пациенты были уведомлены о правилах их прохождения. При проведении исследования учитывались субъективные ощущения пациентов, результаты неврологических и кардиологических обследований, результаты измерения артериального давления (АД). Использовали такие показатели, как психическую устойчивость, уровень депрессии, эмоциональное состояние. Регистрация колебаний АД у пациентов была проведена с помощью автоматического тонометра на плечо Gamma M1-3 2 раза в день. Измерения выполнялись при отсутствии физических и эмоциональных перегрузок. Пациенты были предварительно обучены правилам пользования измерительным устройством.

Результаты и их обсуждение. До начала лечения при первичном осмотре уровень систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) составили  $167,4 \pm 2,2$  мм рт. ст. и  $105,6 \pm 1,4$  мм рт. ст. соответственно, что превышало нормальные

показатели (САД – 139 мм рт. ст. и ДАД – 89 мм рт. ст.) на 20,4 % и 18,7% ( $p < 0,05$ ) соответственно. По результатам ЭТ Уилсона: 54,3% пациентов угнетены, имеют чувство апатии, усталости, они замкнуты и тревожны, 17,1% пациентов индифферентны к своему состоянию и окружающим, 28,6% доброжелательны и отзывчивы, им комфортно и хорошо. По результатам СШД Зунга: 8,7% пациентов имеют признаки выраженной депрессии, 40% пациентов с умеренной депрессией, у 34,3% пациентов есть проявления легкой депрессии и у 17% результат в пределах нормы.

В день выписки из стационара было зарегистрировано снижение показателей САД и ДАД на 20,2% и 21,2% до  $139,2 \pm 2,1$  мм рт. ст. и  $86,7 \pm 1,2$  мм рт. ст. соответственно. По результатам ЭТ Уилсона: за счет перераспределения результатов тестирования у 2,9% пациентов сохраняется чувство апатии, усталости, тревожности, что на 51,4% ниже первичных данных исследования, 20% пациентов безразличны к себе и окружающим, что на 2,9% выше первичных данных, однако 77,1% пациентов готовы помогать, доброжелательны, внимательны, радостны и полны сил и энергии, что на 48,5% ( $p < 0,05$ ) больше первичных уровня. Показатели СШД Зунга: 8,7% пациентов имеют признаки умеренной депрессии, что на 31,3% ниже результатов первичного обследования, у 37,1% пациентов есть проявления легкой депрессии, что на 3,1% выше исходных результатов, 54,2% пациентов имеют показатели в пределах нормы, что превышает на 37,2% ( $p < 0,05$ ) первичные данные тестирования.

Выводы. Отмечено, что эффективная фармакотерапия у пациентов с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и гипертонической болезнью положительно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов.

**Вагина Ю.И.**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»  
ГУ «ЛГМКБ № 1»

## **ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПНЕВМОНИИ, СОЧЕТАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

Современные методы статистики участвуют во всех сферах медицинского анализа: это не только основные показатели деятельности отрасли, а и научные исследования, что определяет приоритетные направления развития различных медицинских специальностей. Пневмония сейчас часто находится в поле зрения исследователей не только для изучения заболеваемости и ее динамики, но и в плане углубление понимания этиологии и патогенеза, выбора эффективного метода терапии и прогноза ее результатов. Одним из наиболее значимых факторов риска негативных результатов пневмонии можно считать ожирение, которое распространено в современной цивилизации. Жировая ткань, по современным представлениям, является источником многих провоспалительных факторов, способных усилить системное воспаление любой этиологии. Изучение неисследованных патогенетических звеньев пневмонии и ожирения, определение их связи с широко известными является приоритетным направлением современной внутренней медицины.

Например, эйкозаноиды - лейкотриены и тромбоксаны наиболее хорошо изучены при

ишемической болезни сердца, бронхиальной астме, показана их негативная роль при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронической обструктивной болезни легких. Определение содержания этих продуктов метаболизма арахидоновой кислоты в крови больных пневмонией, сочетанной с ожирением, сравнение с их концентрацией в крови у больных пневмонией без ожирения, а также применение корреляционного анализа с другими изученными факторами, с одной стороны, показало выраженную провоспалительную направленность действия эйкозаноидов, с другой - определило их негативную роль в затяжном течении заболевания и более длительном восстановительном периоде.

Таким образом, методы медицинской статистики способствуют углубленному анализу патогенеза и клинического течения пневмонии, сочетанной с ожирением, позволяют выявить прогностически опасные факторы негативных последствий болезни и выбрать целесообразный и эффективный метод лечения, который позволит обеспечить их коррекцию основных звеньев патогенеза указанной коморбидности.

**Вакуленко И.П., Фоминов В.М., Мельник А.В.**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## **ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ И ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

Цель работы – улучшить дифференциальную диагностику непаразитарных (НКП) и эхинококковых кист печени (ЭКП) с помощью компьютерной томографии (КТ).

Материал и методы. Изучены результаты лучевой диагностики у 60 пациентов, из них 30 – с НКП и 30 – с ЭКП, которые лечились в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна за последние 7 лет. Женщин было 38, мужчин – 22 в возрасте  $45,2 \pm 3,5$  лет. Проведен анализ их историй болезни и изменений в паренхиме печени, полученных при КТ. Компьютерная томография выполнялась на аппарате «Siemens» (Германия). Использованы методы исследования: клиничко-

лабораторные, ультразвуковой (на первом этапе), КТ, серологические, морфологические.

Результаты и обсуждение. КТ-признаками непаразитарной кисты печени явились: гомогенность очага, округлая форма, четкость и ровность контуров, отсутствие визуализации стенки кисты как отграниченной структуры, пониженная денситометрическая плотность от 0 до 10 ед. Хаунсфилда.

Эхинококковая киста отличалась от простой кисты на основе следующих КТ критериев. Плотность эхинококковых кист была высокая и чаще составляла 10-25 ед. Н. Показатели плотности возрастали при увеличении разме-



ров кист. С этим связано другое отличие эхинококковых кист – хорошая визуализация даже небольших дочерних пузырей, плотность которых значительно ниже и составляли 2-10 ед. Н. Утолщение оболочки также являлось специфической чертой эхинококковых кист. Оболочка при этом визуализировалась как отграниченная структура. Нередко наблюдали частичное или тотальное обызвествление стенки эхинококковой кисты.

При КТ форма НКП чаще была округлой (88%), а ЭКП – в 78,6%. Все кисты имели жидкостную плотность (от 0 до 25 ед. Н) и оттесняли паренхиму печени. Размеры НКП чаще были до 3 см (у 17 чел.), а ЭКП – более 3 см (у 18 чел.). Толщина стенки эхинококковой кисты 2-5 мм отмечена в 22 случаях, более 5 мм – у 8 больных; стенка НКП у всех 30 пациентов – тонкая и равномерная (до 2 мм). Контуры простой кисты у всех пациентов – четкие и ровные, а контуры ЭКП в 23

случаях – нечеткие за счёт перифокального воспаления, а в 24 – неровные. В 93,7% наблюдений НКП имела однородную структуру, а ЭКП в 34,8% была с неоднородной структурой из-за наличия перегородок (16), сморщенной хитиновой оболочки (9), и обызвествлениями по периферии (5). Из 30 НКП 27 были одиночными, а ЭКП из 30 были множественными в 21 случае. Максимальное значение общей диагностической точности КТ-параметров достигало 82,1%, а чувствительности – 100%.

**Заключение.** Компьютерная томография – достаточно информативный метод, позволяющий провести дифференциальную диагностику между непаразитарными и паразитарными кистами печени. На первом этапе целесообразно использовать ультразвуковое исследование для выявления кисты печени и серологические методы для исключения их паразитарного происхождения.

**Варфоломеев Д.И., Самодай В.Г.**

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко*

## **ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ОСТЕОТОМИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

Одним из этапов операции по замене тазобедренного сустава является остеотомия шейки бедренной кости. От того, насколько правильно она будет выполнена, зависит глубина установки ножки и, соответственно, длина конечности после операции. В настоящее время в наборах инструментов для эндопротезирования существуют различные направители, однако, их использование не всегда позволяет с высокой точностью выполнить резекцию шейки бедренной кости.

Для повышения точности выполнения опиления шейки бедренной кости при выполнении хирургического вмешательства, а также обеспечения возможности корректного позиционирования бедренного компонента эндопротеза было разработано оригинальное «Устройство для позиционирования инструментов при установке бедренного компонента эндопротеза тазобедренного сустава», патент РФ на изобретение №2609291. Для оценки его технической реализуемости и возможности практического применения на базе кафедры травматологии и ортопедии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко был создан его действующий макет.

Устройство включает направитель, который представляет собой прямоугольную пластину. На одном из его концов имеется фиксатор коленного сустава, на другом располагаются первый и второй подвижные блоки. С первым подвижным блоком посредством двух шарниров соединен резекционный блок, со вторым – блок для определения положения ножки эндопротеза. На направителе устройства и на шарнирах резекционного блока нанесены шкалы для определения уровня и угла опиления шейки бедренной кости. Для исключения возможных смещений при вибрации осцилляторной пилы (при опиливании шейки бедренной кости) осуществляется жесткая фиксация резекционного блока за счет ввинчивания пинов в головку бедренной кости.

Для оценки точности выполнения опиления шейки бедренной кости на базе кафедры травматологии и ортопедии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко проводились экспериментальные исследования на 20 пластиковых моделях костей. Было сформировано две группы: контрольная группа и группа сравнения (по 10 костей в каждой). В обеих группах необходимо было выполнить остеото-



мию шейки под углом 45 градусов к оси бедренной кости, перпендикулярно оси шейки. В группе сравнения резекция выполнялась с использованием с использованием предложенного устройства, в контрольной группе – с помощью стандартного направителя, входящего в набор для эндопротезирования фирмы «Zimmer». Измерения после выполнения опилов производились с использованием угломера с нониусом и штангенциркуля.

Проведенные исследования показали, что в группе сравнения точность выполнения остеотомии выше, чем в контрольной группе. Угол опилов во фронтальной плоскости в группе сравнения составил  $45 \pm 1,4^\circ$ , в контрольной группе –  $47 \pm 3,2^\circ$ , в сагиттальной плоскости –  $90 \pm 1,2^\circ$  и  $87 \pm 4,6^\circ$  соответственно. Для выполнения наиболее точной остеотомии с помощью предложенного устройства необходимо использование предоперационного планирования с применением телерентгенограмм или 3D изображений

(КТ или МРТ) бедра или специальных рентгенограмм. Они позволяют правильно рассчитать истинную антверсию шейки и ось бедренной кости. Эти параметры необходимо изучать перед операцией для расчета угла остеотомии шейки в сагиттальной плоскости, в зависимости от предполагаемого положения ножки.

Проведенные исследования подтвердили, что разработанное устройство позволяет с высокой точностью выполнять остеотомию шейки бедренной кости. Необходимо отметить, что оно также обеспечивает возможность контроля положения ножки эндопротеза. Таким образом, разработанное устройство может стать дополнительным инструментом ортопеда, позволяющим с высокой точностью выполнять остеотомию шейки бедренной кости, восстанавливать необходимую длину конечности в процессе операции, тем самым улучшая результаты лечения и качество жизни больных с патологией тазобедренного сустава.

**Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Мякоткина Г.В., Соколова Н.А.,  
Стрекозова И.П., Ватанский О.А., Ватанская Ю.О.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»*

## **НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является самым распространенным хроническим заболеванием легких. В некоторых развитых странах хроническая обструктивная болезнь легких поражает до 10% взрослых (11,8% мужчин и 8,5% женщин). Отмечается рост смертности от хронической обструктивной болезни легких. В 2012 году в мире от ХОБЛ умерло более 3 миллионов человек, что составило почти 6% всех летальных исходов. Причинами смерти пациентов с ХОБЛ чаще всего служат дыхательная недостаточность, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Имеются доказательства взаимосвязи между ХОБЛ и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так, частота болезней системы кровообращения у пациентов с ХОБЛ повышена в 2-3 раза по сравнению со сверстниками. Большинство пациентов с легким и средней тяжести течением ХОБЛ погибают не от дыхательной недостаточности, а от сердечно-сосудистой патологии. Дислипидемия у пациентов с ХОБЛ может быть возникать из-за системного воспалительного ответа, нарушения баланса оксидантно-антиоксидантной системы. Сдвиги в липидном обмене также могут рассматриваться как дополнительные факторы риска

развития сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, своевременное выявление и коррекция нарушений липидного обмена у пациентов с ХОБЛ значимы как для предупреждения прогрессирования заболевания, так и для профилактики осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы

Цель исследования: оценить состояние липидного обмена у больных хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 35 пациентов пульмонологического отделения республиканской больницы в возрасте 42-77 лет. Основную группу составляли 35 пациентов с ХОБЛ, в контрольную группу вошли 30 человек, не страдающие ХОБЛ. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела. Показатели липидного обмена определялись стандартным (ферментативным) методом.

Результаты: в группе пациентов с ХОБЛ по сравнению с контрольной группой увеличено содержание в сыворотке крови общего холестерина в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ), повышен коэффициент атерогенности в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ), снижено содержание холестерина в липопротеидах высокой плотности в 1,15 раз ( $p < 0,05$ ) и содержа-

ние холестерина в липопротеидах очень низкой плотности в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ). Уровень триглицеридов и холестерина липопротеидов низкой плотности сопоставим с контрольной группой.

Выводы. Повышение концентрации атерогенных липопротеидов свидетельствует о раз-

витии дислипидемии у больных ХОБЛ. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения антиатеросклеротической терапии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

**Ватутин Н.Т.<sup>1,2</sup>, Шевелёк А.Н.<sup>1,2</sup>, Венжега В.В.<sup>1</sup>, Черенкова А.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

<sup>2</sup>Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

## **ГЕНДЕРНАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СРЕДНЕЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

В обновленных рекомендациях Европейского общества кардиологов по диагностики и лечению острой и хронической сердечной недостаточности (ОСН и ХСН) 2016 года была выделена новая когорта пациентов – больные с ХСН со средней фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Тем не менее, их гендерно-возрастная структура в сравнении с больными с сохраненной и сниженной ФВ ЛЖ на сегодняшний день мало изучена

Цель исследования: провести сравнительный анализ гендерной и возрастной структуры пациентов с ХСН различной ФВ ЛЖ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 300 пациентов с ХСН неклапанной этиологии. В зависимости от ФВ ЛЖ все пациенты были разделены на три группы: 1-ю группу составили 100 больных с сохраненной ( $>50\%$ ) ФВ ЛЖ, 2-ю – 100 пациентов со средней (40-49 %) ФВ ЛЖ, 3-ю – больные со сниженной ( $<40\%$ ) ФВ ЛЖ. Во всех трех группах оценивали демографические параметры: возраст и пол пациентов. Возрастную структуру групп анализировали в соответствии с классификацией ВОЗ: молодой возраст – 25-44 лет, средний – 44-60 лет, пожилой – 60-75 лет, старческий – 75-90 лет.

Результаты. Доля лиц мужского пола была достоверно выше в 3-й группе (82 %) по сравне-

нию с 1-й (48 %,  $p < 0,001$ ) и 2-й (62 %,  $p = 0,003$ ), при этом различия между 1-й и 2-й группами не достигли статистической значимости ( $p = 0,065$ ). Во всех трех когортах больных преобладали пациенты пожилого возраста (60 – 75 лет), во 2-й группе их доля составила 50 %, в остальных группах – достигала 58 % (все  $p > 0,05$ ). Доля лиц среднего и старческого возраста во 2-й группе составила 22 % и 24 % соответственно и была сопоставима с остальными группами ( $p > 0,05$ ), 8 % больных относились к когорте лиц молодого возраста (различия не значимы по сравнению с 1-й и 3-й группами,  $p > 0,05$ ). Тем не менее средний возраст больных был достоверно выше в 1-й группе ( $70,6 \pm 9,4$  лет) по сравнению со 2-й ( $66,4 \pm 10,9$  лет,  $p = 0,046$ ) и 3-й ( $65,08 \pm 8,8$  лет,  $p = 0,003$ ). Средний возраст лиц 2-й и 3-й групп значимо не различался ( $p = 0,85$ ).

Выводы. По гендерной структуре пациенты с ХСН со средней ФВ ЛЖ сопоставимы с лицами с сохраненной ФВ ЛЖ и имеют равное процентное соотношение лиц мужского и женского пола. По возрасту больные со средней ФВ ЛЖ достоверно моложе пациентов с сохраненной ФВ и приближаются к лицам, имеющим низкую ФВ. Около половины больных со средней ФВ ЛЖ относятся к лицам пожилого возраста, каждый четвертый пациент – к лицам среднего либо старческого возраста.

**Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Черенкова А.А.**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## **ВЛИЯНИЕ ВИДА КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из наиболее частых осложнений, возникающих после кардиохирургических вмешательств на открытом сердце. Частота развития данной аритмии

в ранний послеоперационный период достигает 30-40%, а в последнее время в связи с увеличением возраста пациентов, подлежащих кардиохирургическим вмешательствам, распростра-

ненность её продолжает неуклонно возрастать. Развитие послеоперационной ФП ассоциируется с возрастанием риска тромбоэмболических осложнений, дизаритмий желудочков, увеличением сроков пребывания в стационаре и экономических затрат на лечение, однако факторы риска этой аритмии изучены недостаточно.

Цель исследования - проанализировать влияние вида кардиохирургического вмешательства на риск возникновения ФП в ранний послеоперационный период.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 280 пациентов (208 мужчин и 72 женщин, средний возраст  $58,62 \pm 9,89$  лет), которые были госпитализированы для проведения оперативного вмешательства на открытом сердце в отделение кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака за период 2013-2016 гг. В исследование не включали больных, имеющих ФП на момент госпитализации, и лиц с имплантированным электрокардиостимулятором. Все пациенты в послеоперационный период принимали антиаритмический препарат III класса амиодарон в дозе 300 мг/сут. Анализировали наличие ФП в ранний послеоперационный период, тип проведенного вмешательства, а также оценивали демографические показатели, индекс массы тела (ИМТ), фракцию выброса левого желудочка, размер левого предсердия, наличие сопутствующей патологии и медикаментозную терапию.

Результаты и обсуждение. Больным были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: аортокоронарное шунтирование (АКШ) – 54,3%, протезирование клапана – 26,4%, ком-

бинированное вмешательство (АКШ с протезированием клапана) – 15,7%, протезирование дефекта межпредсердной перегородки – 1,4%, протезирование восходящего отдела аорты – 1,4%, удаление миксомы сердца – 0,8%. В ранний послеоперационный период у 62 (22,14%, 95% доверительный интервал (ДИ) 15,6-29,4%) пациентов (1-я группа) была выявлена ФП, а у остальных 218 (77,9%, 95% ДИ 70,6-84,4%, 2-я группа) сохранялся синусовый ритм (СР). Пациенты 1-й группы по сравнению с лицами 2-й достоверно чаще выполнялось комбинированное хирургическое вмешательство (29,0% против 11,9%,  $p < 0,05$ ). Были обнаружены различия между группами и по другим параметрам. Так, больные с ФП были старше (62 (56;66) лет против 58 (51;64) лет), имели больший ИМТ (29,1, (26,8; 34,4) кг/м<sup>2</sup> против 28,6 (25,4; 31,8) кг/м<sup>2</sup>), среди них чаще встречались женщины (61,3% против 22,0%), лица с сахарным диабетом (СД) 2-го типа (51,5% против 34,9%) и инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе (64,5% против 46,8%) по сравнению с пациентами с СР (все  $p < 0,05$ ). Существенных различий по эхокардиографическим показателям выявлено не было.

При проведении многофакторного регрессионного анализа с поправкой на пол, возраст, ИМТ и наличие сопутствующей патологии, комбинированное кардиохирургическое вмешательство явилось достоверным фактором риска развития послеоперационной ФП (отношение шансов (ОШ) 3,02, 95% ДИ 1,52-5,99).

Выводы. Комбинированное хирургическое вмешательство увеличивает риск развития фибрилляции предсердий в ранний послеоперационный период (ОШ 3,02, 95% ДИ 1,52-5,99).

**Ватугин Н.Т., Шевелёк А.Н., Загоруйко А.Н.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОНАТРИЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Обоснование исследования. Снижение уровня натрия крови при хронической сердечной недостаточности (ХСН) ассоциируется с увеличением частоты госпитализаций и смертности пациентов. Тем не менее, факторы риска развития гипонатриемии у больных ХСН до конца не изучены.

Цель исследования – оценить влияние коморбидной патологии на риск развития гипонатриемии у пациентов с ХСН.

Материал и методы. Проведено ретроспек-

тивное исследование с участием 227 пациентов (159 мужчин и 68 женщин, средний возраст 65,5 (59; 73,5) года) со стабильной ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения и/или инфаркт миокарда в анамнезе), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН. У всех больных оценивали концентрацию натрия в сыворотке крови и анализировали коморбидную патологию. Гипонатриемией считали уровень натрия  $< 135$  ммоль/л.

Результаты. У 75 (33 %; 95% доверительный

интервал (ДИ) 27,1-39,3%) пациентов (1-я группа) при поступлении была обнаружена гипонатриемия, у остальных 152 (67%) (2-я группа) концентрация натрия крови находилась в пределах нормы. Пациенты 1-й группы были достоверно ( $p < 0,05$ ) моложе по сравнению с лицами 2-й группы (64 (58; 72) против 67 (61; 75,5) лет соответственно), среди них преобладали лица мужского пола (80% против 65,1%,  $\chi^2 = 4,61$ ,  $p < 0,05$ ). В 1-й группе чаще, чем во 2-й, встречались лица, имеющие сопутствующую хроническую obstructивную болезнь легких (ХОБЛ) (26,7% против 14,5%,  $\chi^2 = 4,18$ ,  $p < 0,05$ ) и нарушение функции почек (21,3% против 3,9%,  $\chi^2 = 15,41$ ,  $p < 0,05$ ). Средняя скорость клубочковой фильтрации у лиц с гипонатриемией была достоверно ниже по сравнению с больными, имеющими нормаль-

ный уровень натрия ( $75,4 \pm 6,2$  против  $93,4 \pm 5,1$  мл/мин,  $p < 0,001$ ). Значимых различий по распространенности сопутствующей артериальной гипертензии, фибрилляции предсердий, перенесенного инфаркта миокарда, сахарного диабета 2-го типа, анемии, заболеваний печени и щитовидной железы между группами выявлено не было. После поправки на пол, возраст и тяжесть ХСН, сопутствующая ХОБЛ (отношение шансов 4,2, 95% ДИ 3,2-5,6) и СКФ  $< 75$  мл/мин (отношение шансов 3,3, 95% ДИ 3,1-4,7) достоверно ассоциировались с наличием гипонатриемии.

Выводы. У пациентов с ХСН развитие гипонатриемии ассоциируется с наличием коморбидной патологии. Сопутствующая ХОБЛ и нарушение функции почек являются достоверными факторами риска гипонатриемии.

**Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Эль Хатиб М.А., Кардашевская Л.И., Макарова М.В., Страченко С.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ПРИМЕНЕНИЕ КВЕРЦИТИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ВВЕДЕНИИ АНТРАЦИКЛИНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ**

Антрациклиновые антибиотики широко используются при лечении больных онкогематологическими заболеваниями. Наиболее серьезным их побочным действием является кардиотоксичность. Одним из механизмов острого антрациклинового повреждения сердца является активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижение активности антиоксидантной системы (АОС).

Цель исследования: изучить эффективность применения кверцетина для профилактики острого свободнорадикального повреждения миокарда при введении антрациклиновых антибиотиков у пациентов, страдающих гемобластозами.

Материалы и методы: Обследовано 48 больных острым лейкозом и лимфогранулематозом в возрасте 40-60 лет (средний возраст  $52,3 \pm 3,8$  года), получающих антрациклиновые антибиотики в составе схем полихимиотерапии. Обследуемые были разделены на 2 группы. Пациентам 1 группы (24 человека) за 30-60 мин до вве-

дения антрациклинов проводилась инфузия кверцетина в водорастворимой форме в дозе 0,5 г, пациентам 2 группы (24 человека) кверцетин не вводился. За 60-120 мин до введения кверцетина и через 60-120 мин после введения антрациклинов определяли уровень МДА и каталазы в сыворотке крови. Группы были сравнимы по полу и возрасту.

Результаты. После введения цитостатики у пациентов 2 группы отмечалось увеличение концентрации МДА с  $2,63 \pm 1,95$  мкмоль/л до  $4,60 \pm 1,72$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), при этом активность каталазы существенно не изменилась (исходно –  $26,77 \pm 12,24$  мккат/л, после введения антрациклинов –  $24,97 \pm 9,29$  мккат/л,  $p > 0,05$ ). У пациентов 1 группы уровень МДА достоверно не изменился (с  $2,58 \pm 1,87$  до  $2,94 \pm 2,06$  мкмоль/л,  $p > 0,05$ ), а активность каталазы значимо возросла (с  $27,92 \pm 11,64$  до  $48,61 \pm 8,80$  мккат/л,  $p < 0,001$ ).

Выводы. Применение кверцетина предотвращает нарастание концентрации вторичных продуктов ПОЛ и увеличивает активность АОС.



Ватугин Н.Т., Склянная Е.В., Эль-Хатиб М.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, СОСТОЯНИЯ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ АНТРАЦИКЛИНОВЫМИ АНТИБИОТИКАМИ

Цель исследования: изучить взаимосвязь вариабельности сердечного ритма (ВСР), состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) у пациентов, получающих терапию антрациклиновыми антибиотиками.

Материалы и методы. Обследовано 46 пациентов, получающих антрациклиновые антибиотики (доксорубицин, идарубицин, митоксантрон) в составе различных схем полихимиотерапии по поводу онкогематологических заболеваний. Обследуемые были разделены на две группы в зависимости от возраста – 1-ю группу составили 25 больных в возрасте 18 - 50 лет (средний возраст  $26,3 \pm 4,2$  лет), 2-ю – 21 пациент в возрасте 51-75 лет (средний -  $58,4 \pm 5,1$  лет). Существенных различий по полу и кумулятивной дозе антрациклинов между группами не было. Наряду с общепринятыми клиническими методами изучали состояние ПОЛ, определяя уровень малонового диальдегида (МДА) в крови, и АОС, посредством изучения активности каталазы и уровня восстановленного глутатиона, а также проводили суточное мониторирование ЭКГ с оценкой ВСР. Рассчитывали стандартные отклонения среднего значения интервалов RR (SDNN) и разницы последовательных интервалов RR (r-MSSD), частоту последовательных интервалов RR, разница между которыми превышала 50 мс (pNN50), общую мощность спектра – TP, мощность спектра на очень низких-VLF, низких – LF и высоких частотах – HF; их нормализованные характеристики (LFn, HFn) и соотношение LF/HF. Пациенты были обследованы дважды: до начала терапии и после достижения кумулятивной дозы антрациклиновых антибиотиков в 250 мг/м<sup>2</sup>). Контрольные группы составили 45 практически здоровых лиц по тому же принципу разделенных на две подгруппы – от 18 до 50 лет (средний возраст  $27,4 \pm 4,1$  лет) и от 51 до 75 лет (средний возраст  $54,4 \pm 3,6$  лет).

Результаты: у пациентов 1-й группы на фоне проведения терапии антрациклинами отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) в сравнении с соответ-

ствующей группой контроля снижение ВСР в виде уменьшения SDNN ( $49,4 \pm 4,8$  мс и  $82,6 \pm 4,7$  мс), TP ( $1485,0 \pm 756,5$  мс<sup>2</sup> и  $3968,2 \pm 903,4$  мс<sup>2</sup>), VLF ( $1385,0 \pm 655,7$  мс<sup>2</sup> и  $2455,0 \pm 175,5$  мс<sup>2</sup>), LF ( $560,4 \pm 185,3$  и  $1205,5 \pm 115,0$ ) и HF ( $405,2 \pm 125,9$  и  $856,4 \pm 120,5$ ). При расчете нормированных единиц - LFn достоверно увеличилась, а HFn снизилась в сравнении с контролем ( $p < 0,05$ ). Отмечено увеличение отношения LF/HF ( $2,35 \pm 0,95$ , контроль  $1,55 \pm 0,44$ ) ( $p < 0,05$ ). У пациентов 2-й группы в сравнении с группой контроля достоверных изменений ВСР выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

При оценке состояния ПОЛ в обеих группах было обнаружено значимое ( $p < 0,05$ ) увеличение уровня МДА в крови ( $12,8 \pm 1,3$  и  $11,9 \pm 1,1$  мкмоль/г белка соответственно), при этом достоверных различий между сравниваемыми группами по данному показателю выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Также у пациентов молодого возраста отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) в сравнении с исходными данными увеличение активности каталазы и уровня восстановленного глутатиона ( $6,4 \pm 2,2$  и  $21,2 \pm 5,3$  мкат/л и  $1,2 \pm 0,2$  и  $4,1 \pm 0,9$  ммоль/л соответственно) ( $p < 0,05$ ). У больных пожилого возраста различий показателей активности АОС после терапии антрациклинами выявлено не было (активность каталазы  $5,9 \pm 1,3$  мкат/л и  $6,4 \pm 1,1$  мкат/л; уровень восстановленного глутатиона  $1,4 \pm 0,3$  и  $1,6 \pm 0,4$  ммоль/л соответственно) ( $p > 0,05$ ).

У пациентов 1-й группы отмечена статистически значимая корреляция между уровнем МДА и показателем активности каталазы ( $r = 0,85$ ,  $p < 0,05$ ), LFn ( $r = 0,83$ ,  $p < 0,05$ ); уровнем восстановленного глутатиона и LF/HF ( $r = -0,89$ ,  $p < 0,05$ ).

Выводы. У пациентов молодого возраста, получивших терапию антрациклиновыми антибиотиками, наблюдается нарастание концентрации продуктов ПОЛ и активация АОС, причем как ферментативного, так и неферментативного ее звеньев, которые коррелируют со степенью снижения ВСР, активации симпатической и угнетения парасимпатической нервной системы.

Ватугин Н.Т., Шевелёк А.Н., Черенкова А.А., Венжега В.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Цель исследования. Проанализировать влияние демографических факторов на риск возникновения фибрилляции предсердий (ФП) в ранний период после кардиохирургических вмешательств на открытом сердце.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 280 пациентов (208 мужчин и 72 женщин, средний возраст  $58,62 \pm 9,89$  лет), госпитализированных для проведения оперативного вмешательства на открытом сердце в отделение кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака за период 2013-2016 гг. В исследование не включали больных, имеющих ФП на момент госпитализации, и лиц с имплантированным электрокардиостимулятором. Все пациенты принимали антиаритмический препарат III класса амиодарон в дозе 300 мг/сут. Анализировали развитие ФП в ранний послеоперационный период (первые 4 недели после вмешательства) и демографические показатели больных.

Результаты. Больным были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: аортокоронарное шунтирование (АКШ) – 54,3%, протезирование клапана – 26,4%, комбинированное вмешательство (АКШ с протезированием клапана) – 15,7%, протезирование дефекта межпредсердной перегородки – 1,4%, протезирование восходящего отдела аорты – 1,4%, удаление миксомы сердца – 0,8%. В ранний послеоперационный период у 62 (22,14%, 95% дове-

рительный интервал (ДИ) 15,6-29,4%) пациентов (1-я группа) была выявлена ФП, а у остальных 218 (77,9%, 95% ДИ 70,6-84,4%, 2-я группа) сохранялся синусовый ритм. Аритмия возникала в среднем на третьи сутки после оперативного вмешательства. Среди пациентов 1-й группы по сравнению с лицами 2-й достоверно чаще встречались лица женского пола (61,3% против 22,0%,  $p < 0,001$ ) и больные старше 60 лет (62,5% против 41,3%,  $p < 0,001$ ). Средний возраст больных с ФП был достоверно выше, чем пациентов с синусовым ритмом (62 (56; 66) лет против 58 (51; 64) лет,  $p < 0,05$ ).

Различия между группами были обнаружены и по другим параметрам. Так, больные с ФП имели больший индекс массы тела, им чаще выполнялось комбинированное хирургическое вмешательство, среди них чаще встречались лица с сахарным диабетом 2-го типа и инфарктом миокарда в анамнезе (все  $p < 0,05$ ).

При многофакторном регрессионном анализе после поправки на другие параметры женский пол и возраст старше 60 лет являлись независимыми предикторами развития послеоперационной ФП (отношение шансов 2,15 и 2,58; 95% доверительный интервал 1,16-3,86 и 1,43-4,64 соответственно).

Вывод. Женский пол и возраст старше 60 лет являются независимыми предикторами развития фибрилляции предсердий в ранний период после кардиохирургических вмешательств на открытом сердце.

Ватугин Н.Т., Шевелёк А.Н., Венжега В.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СРЕДНЕЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

В обновленных рекомендациях Европейского общества кардиологов 2016 года был введен новый термин – сердечная недостаточность со средней фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Тем не менее, особенности развития, течения и лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у данной категории пациентов в настоящее время не изучены.

Цель исследования. Изучить клинико-демографические особенности пациентов с ХСН со средней ФВ ЛЖ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 100 пациентов с ХСН неклапанной этиологии со средней (40-49 %) ФВ ЛЖ. Оценивались демографические параметры больных, структура причин и

функциональный класс (ФК) ХСН по NYHA, наличие и тип диастолической дисфункции ЛЖ, сопутствующие заболевания и состояния.

Результаты. Среди пациентов страдающих ХСН со средней ФВ ЛЖ преобладали мужчины (62 %), средний возраст больных составил  $66,4 \pm 10,9$  лет.

Причиной ХСН в 72 % явилось сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), в 24 % - ИБС, в 4 % – кардиомиопатии (КМП). У 48 % больных ИБС проявлялась стенокардией напряжения, у 18 % – перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), у 34 % – сочетанием стенокардии и ИМ в анамнезе. В структуре типов ИМ преобладал ИМ с зубцом Q (79 %), 23 % больных имели два ИМ в анамнезе.

У 40 % больных ХСН проявлялась выраженным ограничением физической активности (III ФК по NYHA); 26 % и 14% пациентов имели II и IV ФК ХСН; отсутствие клинических признаков ХСН (I ФК по NYHA) наблюдалось у 20 % больных. У 52 % пациентов помимо снижения ФВ ЛЖ имелась диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ, при этом чаще всего встречалось замедление релаксации ЛЖ (54%), в то время как распространенность псевдонормального и рестриктивного типа ДД составила 31 % и 15 % соответственно.

Сопутствующую фибрилляцию предсердий (ФП) имели 40 % больных, сахарный диабет (СД) 2-го типа – 26 % , хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) – 6 % пациентов. Средний индекс массы тела составил  $29,9 \pm 6,8$  кг/м<sup>2</sup>, при этом 42 % больных имели ожирение, пациенты с нормальной и избыточной массой тела встречались с одинаковой частотой (29%). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в среднем составила 89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, при этом лишь у 18 % больных наблюдалось клинически значимое нарушение функции почек (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>).

Выводы. Среди пациентов с ХСН со средней ФВ ЛЖ преобладают мужчины пожилого возраста. Основной причиной развития ХСН у данной категории больных является сочетание ИБС и АГ, при этом около половины пациентов с ИБС не имеют в анамнезе ИМ. У 40 % больных ХСН со средней ФВ ЛЖ проявляется выраженным ограничением физической активности (III ФК по NYHA). Каждый второй больной помимо умеренного снижения ФВ имеет ДД ЛЖ. Частота ФП среди лиц со средней ФВ ЛЖ достигает 40 %, СД 2-го типа – 26 %, ожирения – 42 %. Распространенность сопутствующей ХОБЛ и нарушения функции почек являются невысокой.

**Ватугин Н.Т., Шевелёк А.Н., Колесников В.С.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АДЕНОЗИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОДЛЕЖАЩИХ ПЕРВИЧНОМУ ЧРЕСКОЖНОМУ КОРОНАРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ**

Цель исследования – оценить отдаленные результаты применения фармакологического preconditionирования с использованием аденозина у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST), подлежащих первичному чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ).

Материал и методы. Проведено проспективное открытое рандомизированное исследование с участием 166 пациентов, госпитализированных с диагнозом ОИМпST и подлежащих первичному ЧКВ. Больные были рандомизированы на 2 группы: 1-ю составили 84 больных, которым было проведено ЧКВ на фоне стандартной медикаментозной терапии; во 2-ю вошли 82 пациента, которым перед выполнением ЧКВ и после процедуры с целью инициации процесса фармакологического preconditionирования

назначался аденозинсодержащий препарат Адвокард® сублингвально по схеме. После выписки из стационара длительность наблюдения за больными составила 12 мес, при этом первичной конечной точкой исследования являлся комбинированный показатель MACCE (смерть от любых причин, повторный инфаркт миокарда, повторная реваскуляризация, инсульт). В качестве вторичных конечных точек оценивали госпитализации по сердечно-сосудистым причинам, наличие и тяжесть ишемических эпизодов.

Результаты. Исходно существенных различий по клинико-демографической и ангиографической характеристике больных между группами не было. За 12 мес наблюдения первичная конечная точка была зарегистрирована у 14,5 % больных в 1-й группе и 8,6 % – во 2-й, при этом различия частоты не достигли статистиче-

ской значимости ( $\chi^2=0,85$ ,  $p=0,358$ ). Наибольший вклад в структуру комбинированного показателя МАССЕ вносил повторный инфаркт миокарда, развившийся у 12 % и 6,2 % пациентов соответственно ( $\chi^2=1,07$ ,  $p=0,301$ ). Частота госпитализаций по сердечно-сосудистым причинам была на 14,2 % ниже (95 % доверительный интервал (ДИ) 2,0-25,9 %,  $p=0,036$ ) в группе аденозина по сравнению с контролем.

Через 12 мес после выписки из стационара количество пациентов с полным отсутствием клинических и инструментальных признаков ишемии миокарда было достоверно выше во 2-й группе по сравнению с 1-й (44,3 % против 23,7 %,  $p<0,05$ ). Снижение риска развития ишемических эпизодов на фоне приема аденозина составило 20,6 % (95 % ДИ 5,8-34,1 %,  $p=0,011$ ). В 1-й группе пациенты с тяжелой стенокардией напряжения (III-IV функционального класса)

преобладали над больными, имеющими стенокардию I-II функционального класса, в то время как во 2-й группе соотношение лиц было обратным ( $\chi^2=4,84$ ,  $p=0,028$ ).

Выводы. Дополнительное назначение аденозина больным с ОИМпСТ, подлежащих первичному ЧКВ, не имеет преимуществ в сравнении со стандартной терапией в уменьшении риска смерти, повторного инфаркта миокарда или повторной реваскуляризации в течение 12 мес, однако его использование связано со снижением риска всех госпитализаций по сердечно-сосудистым причинам на 14,2 %. Применение аденозина приводит к снижению риска развития клинических выраженных и безболевых эпизодов ишемии миокарда на 20,6 % (95 % ДИ 5,8-34,1 %,  $p=0,011$ ) и ассоциируется с уменьшением тяжести стенокардии напряжения в отдаленном периоде наблюдения.

**Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **УРОВЕНЬ АЛЬДОСТЕРОНА КРОВИ КАК ПРЕДИКТОР КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

Цель исследования – изучить роль альдостерона крови как фактора риска неблагоприятных кардиоваскулярных событий у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной фракцией выброса (ФВ) 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 ХСН с сохраненной (>50 %) ФВ и диастолической дисфункцией ЛЖ. Пациенты не страдали первичным гиперальдостеронизмом и не принимали антагонисты минералокортикоидных рецепторов в течение предшествующих 6 недель. У всех больных оценивали уровень альдостерона в сыворотке крови, референтными значениями считали концентрацию гормона 40-160 пг/мл. Медиана наблюдения за пациентами составила 32 (28; 38) мес, при этом первичной конечной точкой исследования являлся комбинированный показатель «госпитализация и/или смерть по сердечно-сосудистым причинам».

Результаты. По результатам измерения концентрации альдостерона крови все пациенты были разделены на две группы: 1-ю составили

99 больных (67,1 %, 95 % доверительный интервал (ДИ) 59,6-74,2 %), у которых уровень гормона находился в пределах нормы, 2-ю – 59 пациентов (37,3 %, 95 % ДИ 30,0-45,0 %) с гиперальдостеронемией. Пациенты 2-й группы были достоверно моложе, чаще страдали сопутствующими заболеваниями, имели большие размеры левого предсердия, индекс массы миокарда и степень диастолической дисфункции ЛЖ по сравнению с лицами 1-й группы (все  $p<0,05$ ).

В течение периода наблюдения первичная конечная точка исследования была зарегистрирована у 16 больных (16,2 %, 95 % ДИ 9,5-24,1 %) 1-й группы и у 21 пациента (35,6 %, 95 % ДИ 23,7-48,4 %,  $\chi^2 = 6,74$ ,  $p = 0,009$ ) – 2-й. После поправки на возраст, наличие сопутствующей патологии и структурно-функциональные параметры миокарда гиперальдостеронемия являлась независимым предиктором развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий (отношение шансов 2,2, 95 % ДИ 1,5-9,4).

Вывод. У больных ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ высокий уровень альдостерона крови ассоциируется с достоверным возрастанием риска госпитализаций и смерти по сердечно-сосудистым причинам.



Ващенко А.В., Городник К.Г., Зятева А.П.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

## ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗВИТОСТЬ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Патологическая извитость (ПИ) брахиоцефальных артерий (БА), приводящая к неправильному кровоснабжению головного мозга, может стать причиной развития ишемического инсульта. Если не удаётся своевременно диагностировать ПИ БА и начать лечение, может повышаться риск ишемических инсультов.

Кроме того, нарушение скорости церебрального кровотока при ПИ БА может приводить к различным изменениям биоэлектрической активности головного мозга.

На сегодняшний день вопросы этиологии, эпидемиологии, патогенеза и классификации ПИ БА остаются недостаточно изученными, что не позволяет с точностью прогнозировать возникновение и течение заболеваний головного мозга и совершенствовать лечение.

В частности, актуальным является вопрос возможности перехода одного типа извитости в другой. Усиление степени перегиба (тенденция его угла быть более острым) ведёт к тому, что извитость артерии становится патологической, а значит – гемодинамически значимой. Градиент давления может оказывать влияние на переход угла извитости артерии от тупого к острому, т.е. – на эволюцию извитости. И наоборот, величина градиента давления существенно увеличивается с усилением перегиба.

В настоящее время мнения учёных по поводу этиологии ПИ БА расходятся: некоторые считают, что она носит наследственный характер, а другие – что данная аномалия является приобретенной.

Свидетельствами врождённого характера ПИ БА являются: наличие деформаций БА в детском и молодом возрасте, двустороннее поражение, сочетание с другими проявлениями патологии развития соединительной ткани (гипоплазиями сосудов, их диссекцией, трифуркацией, фенестрацией).

Предпосылками к развитию приобретенной

ПИ БА являются ослабление эластичного каркаса стенки артерии, атеросклероз, возрастные изменения шейного отдела позвоночника, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение.

Нами проведен анализ ангиографических исследований сосудов головного мозга, проведенных в нейрохирургическом отделении № 3 ДокТМО с декабря 2015 по май 2017 года.

Так, у 52% (252 из 482) обследованных больных обнаружена ПИ БА. Пациентов в возрасте 46-60 лет было большинство (53%). Из всех обследованных пациентов 63% составляли женщины.

Следует отметить, что при указании на ПИ БА головного мозга врачами используется разная терминология, которая не соответствует существующей классификации (непрямолинейность хода, септальный перегиб, ангулярный перегиб, петлеобразование, грубая s-образная извитость, s-образная извитость). Следовательно, нельзя чётко определить, где проходит грань нормы и патологии.

Проведенный анализ ангиографических исследований сосудов головного мозга свидетельствует о том, что существующая классификация ПИ БА не учитывает ряд важнейших факторов, оказывающих определяющее влияние на выработку стратегии лечения и прогноза. В связи с вышеизложенным, представляется актуальным создание такой классификации ПИ БА, которая учитывала бы конкретный угол искривления артерии, приводящий к появлению патологических состояний, а также количество патологически извитых артерий, состояние сосудистой стенки и скорость кровотока. В дальнейшем это позволит чётко определять границу нормы и патологии, прогнозировать развитие заболеваний головного мозга, а также предотвращать наступление сосудистых катастроф.

Ветров В.В.<sup>1</sup>, Иванов Д.О.<sup>1</sup>, Воинов В.А.<sup>2</sup>, Чермных С.В.<sup>3</sup>, Железная А.А.<sup>3</sup>, Стрюковская Е.А.<sup>3</sup>, Владимировна Н.Ю.<sup>4</sup>, Костинская Т.А.<sup>5</sup>, Вьюгов М.А.<sup>6</sup>, Олина О.С.<sup>1</sup>, Кучина Е.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Акад. Павлова И.П.

<sup>3</sup>Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

<sup>4</sup>Перинатальный центр, Хабаровск

<sup>5</sup>Родильный дом, Смоленск

<sup>6</sup>Родильный дом, Таганрог

## ИСХОДЫ ГЕСТАЦИИ ДЛЯ ПЛОДОВ ПРИ РАЗНОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ

До сих пор нет единых подходов к ведению беременных с резус-иммунизацией, но на сегодня ведущей признается выжидательно-активная тактика с наблюдением за пациентками, при появлении признаков гемолитической болезни (ГБ) плоду проводят внутрисосудистые переливания донорских эритроцитов (ПДЭ). В разных странах при этой тактике потери детей составляют около 20%.

Целью исследования явился сравнительный анализ исходов гестации для плодов при трех различных тактических подходах по ведению беременных с резус-иммунизацией.

Материал и методы исследования. Изучили исходы гестацции для плодов у 601 беременной с резус-иммунизацией. В 1-ю группу вошли женщины (345 человек), которым при беременности, с целью удаления резус-антител, проводили курсы среднеобъемного плазмафереза (ПА). Во 2-ю группу включены 204 беременные, получавшие по триместрам профилактическую медикаментозную терапию (вливания глюкозы, витаминов, энтеросорбенты, гепатопротекторы перорально). В 3-й группе 52 беременных вели выжидательно-активно с ПДЭ плоду при развитии у него тяжелой анемии.

Результаты. Наиболее неблагоприятные клинико-анемнестические данные (соматическая, генитальная заболеваемость, потери детей, исходные уровни антител, другие, кроме резус-иммунизации, заболевания и осложнения при беременности) были в 1-й и в 3-й группах, сопоставимых между собой. Основные клинические результаты в 1-й, во 2-й и в 3-й группах соответственно составили: частота преждевременных родов - 37,1±2,6%, 55,9±3,5% и 84,6±5,0%, ча-

стога оперативных родов путем кесарева сечения - 28,1±2,4%, 40,7±3,4% и 76,9±5,8% (экстренно - 19,5±4,3%, 51,8±6,6% и 82,5±5,8% соответственно), средняя масса плодов - 2936,0±28,3 гр., 2452,8±37,6 гр. и 2205,0±81,3 гр., частота оценки по шкале Апгар менее 7 баллов при рождении - 14,2±1,9%, 57,8±3,5% и 93,3±3,8%, частота признаков ГБ новорожденных после рождения - 94,8±1,2%, 96,1±1,4% и 100,0±0,0% (тяжелая форма - 29,6±2,5%, 47,0±3,5% и 100,0±0,0% с потребность в заменном переливании крови - ЗПК, соответственно), среднее число ЗПК на одного ребенка - 1,1, 1,6 и 2,3, показатель перинатальной смертности на 1000 родившихся живыми и мертвыми - 14,4/1000, 5/1000 и 188,7/1000 ( $p > 0.05 < 0,05-0,001$ ).

Выводы:

1. Выжидательно-активная тактика у беременных с резус-иммунизацией с проведением небезопасных диагностических процедур (амниоцентез, кордоцентез) и ПДЭ плоду дает наиболее неблагоприятные исходы гестации для потомства.

2. Для профилактики развития тяжелых форм ГБ в результате внутриклеточного (иммунного) и внутрисосудистого (токсического) гемолиза эритроцитов беременным с резус-иммунизацией (титры 1:16-32), с заболеваниями и осложнениями беременности (болезни печени, почек, преэклампсия и пр.) следует рано назначать курсы ПА и симптоматической медикаментозной терапии. При этом потребность в ПДЭ, как правило, отпадает, появляется лишь при запоздалом начале неспецифических профилактических мер.

Ветров В.В.<sup>1</sup>, Иванов Д.О.<sup>1</sup>, Воинов В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Академика Павлова И.П.

## ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКЕ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Данные литературы и собственный опыт показывают, что одной из основных причин перинатальной смертности (ПС) является хроническая плацентарная недостаточность (ХПлН) с развитием синдрома задержки развития плода (СЗРП).

Цель исследования. Провести анализ результатов 30-летнего использования комплексной эфферентной терапии (ЭТ) у беременных с ХПлН и СЗРП.

Материал и методы исследования. Проведен анализ клинических наблюдений на трех этапах работы: в 1998-2010 гг. (роддом № 10), в 2011-2016 гг. (Институт перинатологии и педиатрии при ФМИЦ им. В.А.Алмазова), с 2016 г. по настоящее время (Перинатальный центр Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета). Методы ЭТ включали в курсы комплексного лечения избирательно, преимущественно в виде аферезных технологий (мало-, среднеобъемный плазмаферез, плазмообмен на раствор альбумина, криосорбированную аутоплазму, плазмосорбцию), при поражении печени применяли гемосорбцию, при тяжелой аутоиммунной патологии - каскадную плазмофильтрацию. После 20 недель беременности во всех случаях основные методы ЭТ сочетали с лазерной, ультрафиолетовой фотомодификацией крови (ФК). В каждом третьем случае беременным после основного курса проводили амбулаторно поддерживающие сеансы ПА и ФК для профилактики рецидивов

заболеваний и осложнений. Всего за 30 лет пролечено 5933 женщины ХПлН 0-1 ст - 3 ст на фоне преэклампсии, пиелонефрита, холестатического гепатоза, резус-конфликта, тромбофилий и другой патологией (соответственно по этапам - 5770, 141 и 22 беременных).

Результаты. Осложнения при процедурах, угрожаемые жизни матери и плода, отмечались редко (0,5%), а клинический эффект был выраженным: купировались симптомы основных заболеваний у матери с пролонгированием беременности на 2-15 недель при улучшении состояния плода по данным инструментальных исследований. Последнее можно связать с оздоровлением матери и улучшением компенсаторно-приспособительных процессов, снижением отека, степени и распространения воспалительных процессов в плаценте. Потери потомства были в семи из 5933 наблюдений (0,12%): выкидыш наступил у 1 пациентки, антетальная гибель плода - у двух, еще в четырех наблюдениях новорожденные погибли в течение первого года жизни. Во всех этих случаях методы ЭТ начинали больным беременным либо запоздало, либо проводили не в полном объеме.

Выводы:

Безопасные и простые в исполнении методы ЭТ являются ценными пособиями при ХПлН, СЗРП на фоне заболеваний и осложнений беременности у матери, должны обязательно применяться в каждом крупном акушерском стационаре.

Витрищак С.В., Сичанова Е.В., Савина Е.Л., Санина Е.В., Качур Н.В., Клименко А.К.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

## ПРИЧИНЫ, РАЗВИТИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Нарушение зрения у детей - большая социально-гигиеническая проблема. С изменением экологических условий, с развитием прогресса, который подарил миру телевидение, интернет, видеоигры, с увеличением нагрузок по школьным программам остро встала проблема детского зрения.

Профилактика нарушения зрения у детей - основная задача не только офтальмологов, но прежде всего и родителей. Зрительные расстройства связаны не только с условиями зрительной работы, но и с другими широкими социальными и бытовыми условиями. Развитие близорукости у школьников определяется пере-

плетением множества самых разных условий и отдельных факторов, поэтому нельзя выделить один какой-нибудь фактор, влияющий на развитие нарушений зрения

Исходя из этого положения, надо рассматривать нарушения зрения у детей как большую, сложную проблему.

В связи с данной проблемой, наблюдающейся в целом и по России, представляло интерес изучить глазную заболеваемость детей Луганской Народной Республики (ЛНР).

При анализе глазной заболеваемости среди детей были использованы статистические отчеты работы детской офтальмологической службы ЛНР за 2013-2015 годы.

Наибольшее количество лиц с глазной патологией наблюдалось в 2013 году, наименьшее – в 2015 году (разница составляет 1%).

В целом, за три года количество лиц с глазными болезнями в ЛНР колеблется в пределах 6% и соответствует частоте встречаемости этой патологии среди детей, проживающих в России. Наибольшее количество лиц с нарушениями зрения выявлено, конечно, среди школьников (7-14 лет) и подростков (15-17 лет).

Таким образом, рассмотрев выше изложенное, мы можем рекомендовать: регулярно проводить беседы с родителями и учителями об организации занятий и устройстве рабочего места в школе и в домашних условиях; большое значение для хорошего зрения имеет правильно организованное питание, включающее достаточное количество витаминов; необходимо строгое соблюдение правил зрительного режима при работе с компьютером, это предотвращает развитие компьютерного синдрома и нарушений зрения.

**Витрищак С.В., Санина Е.В., Савина Е.Л., Сичанова Е.В., Погорелова И.А., Жук С.В., Клименко К.В., Докашенко Д.А.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»*

## **ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЕ РАССТРОЙСТВО: ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССКОГО РЕГИОНА**

Психо-эмоциональные реакции человека на стрессовые факторы, особенно в случаях значительных материальных потерь и гибели людей, могут надолго лишить человека способности к рациональным поступкам и действиям

Травматический стресс, как класс критических изменяющих жизнь событий, обладает крайне негативным воздействием по причине серьезной угрозы жизни и высокой степени интенсивности. Его тяжело контролировать, вплоть до полной невозможности контроля. Как правило, он превышает возможности совладания и чаще всего непредсказуем.

Нарушения поведения людей имеют психологические причины, они связаны с недостаточностью личностных ресурсов для преодоления стресса либо с чрезмерностью и избыточностью дезадаптирующих воздействий в чрезвычайных обстоятельствах.

Чем дольше временной период после перенесенного стресса, тем сложнее справиться с последствиями и больше вероятность серьезных осложнений в психо-эмоциональном состоянии человека.

Главные последствия действия негативных факторов заключаются в развитии депрессии, возможном развитии алкогольной и наркотической зависимостей; антисоциального поведе-

ния и совершения противоправных действий, а также возможности самоубийств.

Кроме того, расстройство вызывает дистресс, нарушения в социальной, трудовой и других сферах жизнедеятельности.

Поэтому раннее выявление проявлений посттравматического стрессового расстройства и своевременная помощь позволят улучшить качество жизни во всех ее, прежде всего, социальных проявлениях.

Проведенное исследование (копинг-тест для определения уровня совладающего поведения, как целенаправленной социальной реакции) позволяет констатировать, что высокий уровень напряженности (более 15 баллов), свидетельствует о выраженной дезадаптации, у 85,1% респондентов в возрасте до 25 лет.

Показатели дезадаптации, подтверждающие высокий уровень напряженности копинга, также демонстрировали 82,5% респондентов возрастной группы от 25 до 50 лет и 94,2% респондентов возрастной группы старше 50 лет.

Среди компонентов копинг-теста признаки напряженности в большинстве случаев отмечались для субшкал бегство-избегание, принятие ответственности, планирование решения проблемы и положительной переоценки.

Таким образом, перенесенное стрессовое



расстройство для жителей Донбасского региона в 85-90% случаев вне зависимости от возрастной категории может привести к срыву социальной адаптации, снижению качества жизни, развитию психологических и соматических проблем.

Важным фактором профилактики и лечения таких стрессовых расстройств является психологическая помощь, основанная на психогигиенических подходах и методах медицинской психологии.

**Витрищак С.В., Мериуц О.В., Сибирцев А.П., Тельнова И.М.**

*ГУ «Алчевский онкологический диспансер»*

## **ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ, ДИСSEМИНИРОВАННЫХ И ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ**

**Введение:** на протяжении последних 10-ти лет в большинстве стран мира отмечается рост иммунодефицита у населения, затронуты люди всех возрастов, в связи с чем отмечен рост интерстициальных, диссеминированных и ЛПП в легких. В диагностике этих болезней имеются трудности, так как они сходны по клинике, рентгенологической, морфологической картине, что вызывает определенные трудности и у патоморфологов.

**Цель работы:** изучить возможности и преимущества современных методов исследования, включая традиционную рентгенографию ОГК, РКТ, КТВР, эхографию, в том числе периферических лимфоузлов с ПБ, эндоскопию легких, ТТП, ТБП с цитоисследованием полученного материала, а также возможности гистохимического анализа стеклопрепаратов.

**Материал и методы:** работа базируется на результатах обследования 126 больных с установленным и морфологически подтвержденным диагнозом за период 2014-2016гг., возраст 20-60 лет, мужчин – 54, женщин – 72. Выявлены на профилактических ФГ – 18 человек (14%), остальные 86% обратились с жалобами различного характера. Проводилась традиционная рентгенография на аппарате «Рентген-30», РКТ ОГК на спиральном мультисрезовом компьютерном томографе Select SP, усиление Ультравист-370 болюсно внутривенно, УЗИ на аппарате May-Lab 20 plus, линейным датчиком (7,5-12МГц), ТТП под контролем рентгеноскопии, ТБП во время бронхоскопии.

**Результаты:** больные с интерстициальными и диссеминированными процессами распределились следующим образом: саркоидоз легких – 16 человек (13%), диссеминированный туберкулез легких – 10 человек (8%), пневмокониозы – 9 человек (71%), коллагенозы – 3 человека (2,3%),

среди больных с ЛПП в легких ЛГМ с преимущественным поражением л/узлов средостения – 32 человека (25%), неходжкинская лимфома средостения – 12 человек (9,5%), опухоль средостения, медиастинальный рак – 14 человек (11%), mts в л/узлы легких – 21 человек (17%), изменения в средостении неопухолевого генеза – 9 человек (7,1%). Во всех случаях проводилась традиционная рентгенография ОГК в прямой и боковой проекциях, линейная томография, ретроспективный анализ рентгенограмм, учитывался профмаршрут. У больных с ЛПП в легких и средостении высоко результативными оказались РКТ и КТВР ОГК, ТТП и ТБП, последняя проводилась во время бронхоскопии, с обязательным цитологическим исследованием пунктата, УЗИ средостения, периферических лимфоузлов с ПБ, а также открытая биопсия лимфоузла, в 4-х случаях окончательный диагноз был установлен только после гистохимического исследования стеклопрепаратов.

**Выводы:**

1. Успешная диагностика интерстициальных, диссеминированных и ЛПП возможна при комплексном использовании всех методов клинических лабораторных, рентгенологических и инвазивных, с последующим цитологическим исследованием, а в некоторых случаях и гистохимического анализа препарата.

2. РКТ дает возможность обнаружения находок, позволяющих изменить стадию заболевания, а также лечебную тактику, а в некоторых случаях отказаться от сложных инвазивных методик.

3. Все эти методы, являясь неконкурирующими, а дополняющими друг друга, позволяют с большей долей вероятности и наименьшими временными затратами установить точный диагноз.

**Выхованец Т.А., Павлович Л.В., Выхованец Ю.Г.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **МИКРОНУТРИЕНТЫ В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ**

В последние годы отмечается рост заболеваемости среди студентов, который обусловлен воздействием на организм таких неблагоприятных факторов, как избыточные информационные нагрузки, нерациональный режим дня, несбалансированное питание, гипокинезия, вредные привычки. В этих условиях актуальной является задача комплексной оценки функционального состояния организма учащихся вузов с разработкой эффективных мер по снижению заболеваемости и коррекции функционального состояния с применением микронутриентов.

При изучении образа жизни студентов изучались такие составляющие компоненты как продолжительность сна, режим питания, занятия спортом, наличие вредных привычек. В ходе проведенных исследований было установлено, что среди первокурсников медицинского ВУЗа 22,2% спят в сутки 8-9 часов, 44% – 7 часов и 33,8% менее 6 часов в сутки. Среди студентов 6-го курса 8-9 часов спят 33,3%, 7 часов – 46,2% и менее 6 часов – 20,5% обследованных. Изучение режима питания показало, что 43% студентов 1-го и 25,6% студентов 6-го курса питается менее 3-х раз в сутки, из них 26% студентов 1-го курса питаются один раз в сутки. Известно, что данные нарушения являются одним из факторов риска возникновения гиповитаминозов, заболеваний желудочно-кишечного тракта и др. Отмечается снижение двигательной активности, что приводит к избыточной массе тела, снижению резистентности организма. При обследовании у 50% студентов выявлены отклонения в энергетическом статусе организма. У 30% обследованных выявлены признаки А, С, В2, В6 и РР-витаминовой недостаточности.

Коррекция функционального состояния может быть проведена с применением различных микронутриентов. Например, основными ингредиентами антиоксидантной системы человека являются микронутриенты антиоксидант-

ного действия, поступающие с пищей, и, прежде всего, витамин Е, витамин А, витамин С, каротиноиды, биофлавоноиды, селен, медь, цинк и др. Значение микронутриентов-антиоксидантов невозможно переоценить, поскольку в основе практически каждого патологического процесса лежит активация процессов свободнорадикального окисления.

В качестве добавок в питании обучающихся с целью улучшения функционального состояния могут быть рекомендованы различные виды чаев с добавлением плодов расторопши, корня цикория, травы тысячелистника, отвар шиповника, которые целесообразно реализовывать через систему предприятий общественного питания (столовые, буфеты, фитобары и др.).

Плоды расторопши обладают гепатозащитным и противовоспалительным действием, участвуют в восстановлении клеток печени, повышают антиоксидантную активность и снижают процессы перекисного окисления липидов клеточных мембран, активность печеночных трансаминаз и содержание билирубина. Корни цикория содержат большое количество инулина и благотворно влияют на углеводный обмен, оказывают желчегонное и гепатозащитное действие, повышают детоксикационную функцию печени. Трава тысячелистника оказывает желчегонное, спазмолитическое, обезболивающее, противовоспалительное, бактерицидное, кровоостанавливающее действие. Плоды шиповника являются источником аскорбиновой кислоты, природным антиоксидантом, обладают бактерицидным эффектом.

Включение в рацион питания напитков, обогащенных микронутриентами, позволит оптимизировать функциональное состояние и повысить резистентность организма обучающихся к воздействию различных неблагоприятных факторов.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Алешечкин П.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ УЧАЩИХСЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Обучение в высшем учебном заведении для большинства учащихся связано с периодическим возникновением стрессовых ситуаций. Длительное влияние стрессогенных факторов у молодых людей способствует формированию различных психосоматических заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых. Кроме этого, в процессе обучения учащиеся подвержены влиянию таких неблагоприятных факторов, как несоблюдение режима питания, недостаточное поступление в организм биологически-активных веществ, микроэлементов и витаминов. В связи с этим, актуальной задачей является разработка комплекса профилактических программ, направленных на устранение или уменьшения неблагоприятного влияния вышеперечисленных факторов на состояния здоровья обучающихся. На базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ДонНМУ им. М. Горького проведены исследования по изучению пищевого статуса и образа жизни учащихся в процессе обучения. Всего было обследовано более 70 студентов 1-6 курсов, из которых 23 (32,4%) человека - лица мужского пола и 48 - (67,6%) женского.

При оценке потребления витаминов были выявлены симптомы недостаточности витамина А у 8 (34,8%) лиц мужского и 29 (60,4%) - женского пола. Недостаточность витамина В2 выявлена у 15 (65,2%) обследованных мужчин и 32 (66,7%) женщин. Низкое потребление витамина В6 отмечалось у 6 (26,1%) исследуемых мужского и 21 (43,8%) - женского пола. Симптомы недостаточности витамина С были выявлены среди 5 (21,7%) лиц мужского и 24 (50%) женского пола. Среди лиц мужского пола 4-х разовое питание отмечено у 7 (30,4%) обследованных, 3-х кратное - у 11 (47,8%) лиц и 5 (21,7%) человек питались 2 раза в сутки. При оценке кратности прие-

ма пищи у лиц женского пола было установлено, что 9 (18,8%) обследованных принимают пищу 4 раза в сутки, 26 (54,2%) - 3 раза и 13 (27,1%) - 2 раза в сутки. Анализ рациона и мест приема пищи показал, что преобладающее большинство учащихся как женского, так и мужского пола питались в буфете. В исследуемых группах учащихся была проведено изучение наличия вредных привычек, в частности, табакокурения как одного из неблагоприятных факторов снижения уровня состояния здоровья. Исследованиями было выявлено 10 (43,4%) представителей мужского и 9 (18,7%) женского пола, которые ежедневно выкуривали по 15-20 сигарет. В течение первых трех лет обучения выявлена тенденция к увеличению количества гиповитаминозов группы В и у мужчин, и у женщин. У мужчин количество гиповитаминозов с 1 по 3-й год обучения увеличилось на 21%, у женщин - на 17,9%. Начиная с 4-го года обучения, отмечается снижение частоты гиповитаминозов в изучаемых группах. При этом у женщин количество гиповитаминозов к окончанию обучения превышало начальный уровень на 13%. При анализе динамики табакокурения в процессе обучения также установлен рост количества курящих мужчин и женщин. У мужчин отмечается рост табакокурения с первого по шестой курс на 50%. У женщин к четвертому году обучения количество курящих лиц увеличивается на 41%. К окончанию обучения количество таких лиц уменьшается и достигает уровня первого курса.

Выявленные закономерности свидетельствуют о том, что изучаемые факторы риска алиментарной и неалиментарной природы могут оказывать существенное влияние на формирование сердечно-сосудистых заболеваний у учащихся в процессе обучения в ВУЗе.

Гаврилов И.И., Панкратьев А.А., Зинчук И.В., Дончак В.Ю.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

## АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ВОПРОСАМ ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ (PRP) ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Обогащенная тромбоцитами плазма (PRP) находит все более широкое применение в лечении заболеваний суставов. Целью нашей работы было проанализировать взгляды, освещенные в современной иностранной литературе на применение PRP при остеоартрозе. В ходе работы проанализировано 67 англоязычных источников за 2010-2017 годы доступные в базе данных PubMed.

При анализе литературы установлено, что на данный момент имеется большое количество исследований, посвященных уточнению принципов применения PRP, показаний, терапевтической эффективности данного метода. Предполагаемая эффективность применения PRP основывается на содержащихся в ней факторах роста, обладающих высокими регенеративными свойствами (Hall, 2009). Положительными качествами PRP считают её аутогенный характер и минимальное количество побочных эффектов (Leeetal., 2011, LaPradeetal., 2015).

Обращает на себя внимание гетерогенность исследований по показателям:

концентрации тромбоцитов в полученной PRP (зависит от метода приготовления и варьирует даже в пределах конкретной техники (Konetal, 2011; Filardoetal, 2012; Pateletal, 2013)),

наличии и уровне лейкоцитов в конечном продукте,

различия в способе применения PRP (непосредственное введение в полость сустава, использование коллагеновой мембраны как носителя PRP (Dhollanderetal, 2011), внутрикостное введение (Fizetal, 2017; Sánchezetal, 2014), комбинация этих методов (Sánchezetal, 2016; Muiños-Lópezetal, 2016)).

различия в частоте и кратности введения препаратов (в большинстве исследований – курс из трех инъекций по 3 мл PRP, с промежутками в 3-4 недели (Mangone, 2014; Filardo, 2011)). У многих авторов промежутки между введениями составляли 1-2 недели (Wang-Saegusa 2011, Sánchez 2012), варьировало и количество инъекций препарата (Torero, 2012; Halpern, 2013).

При анализе литературы обращает на себя внимание малое количество работ с длительным периодом наблюдения и отсутствие данных по долгосрочным результатам применяемого метода. Однако в подавляющем большинстве работ отмечались хорошая эффективность и высокая безопасность метода. Все это указывает на необходимость дальнейшей работы, направленной на стандартизацию метода и оценку долгосрочных результатов применения PRP при остеоартрозе.

Гаврилов И.И., Либстер С.Б., Шевченко В.И., Сороколетов А.Г.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Целью настоящей работы явилась выработка тактики на основании анализа результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с медиальными переломами шейки бедренной кости, которым после выполнения закрытой репозиции перелома и металлоостеосинтеза шейки бедра тремя спонгиозными винтами с короткой резьбой, проводилась реабилитация по принятой нами методике.

Под нашим наблюдением находилось 63 пациента с медиальными переломами шейки бедра (Pauwels II–III, Garden III–IV) находившихся на лечении в ГУ ЛНР «ЛГМБ № 2» г. Луган-

ска в период с 2012 по 2016 год. Возраст пациентов варьировал от 65 до 81 года. Мужчин было 17 человек, женщин – 46 человек. Оперативное вмешательство было выполнено всем пациентам в сроки от 4 до 8 дней после травмы. До снятия швов оперированная конечность иммобилизовалась ортезом «деротационный сапожок». Вертикализацию пациентов и обучение ходьбе с помощью ходунков разрешали через 12-14 дней после операции. Нагрузку на оперированную конечность давали не ранее чем через 3 месяца после оперативного вмешательства. На всех этапах лечения проводилась профилактика



возможных осложнений и лечение сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде у всей группы пациентов при рентгенологическом обследовании отмечалась краевая резорбция шейки бедренной кости, сопровождавшаяся укорочением шейки и миграцией металлоконструкции. Осложнений в виде нагноения послеоперационной раны не было.

Исходы лечения были прослежены в период до 1 года. Признаки консолидации при рентгенологическом обследовании в разные периоды наблюдения отмечены у 35 пациентов. Формирование ложного сустава или несращение выявлено у 15 пациентов. При этом часть этих пациентов могли свободно передвигаться, остальные для передвижения пользовались тростью или костылями. Летальные исходы были отмечены в 13 случаях наблюдения в разные сроки, прошедшие с момента операции. После первого года лечения опорная функция конечности оценивалась так: хорошо — 25 %, удовлетворительно — 45 %, неудовлетворительно — 30 %. В последующем у 14 пациентов из группы наблюдения

для улучшения качества жизни выполнены повторные оперативные вмешательства.

Таким образом, предложенная тактика, которая заключалась в выполнении оперативного вмешательства в сроки, позволяющие обследовать больного и подготовить к операции, реабилитации, в основу которого положена вертикализация больного в ранний послеоперационный период и активное ведение больного на всех его этапах лечения является весьма эффективной. Её применение для лечения больных пожилого и старческого возраста с медиальными переломами шейки бедра позволила удерживать годовую летальность у этой группы пациентов на достаточно низком уровне. Практически все пациенты по истечении года получили возможность самообслуживания и передвижения. Данная тактика может применяться в лечении больных пожилого и старческого возраста с медиальными переломами шейки бедра и быть альтернативой экстренному протезированию этой категории пациентов.

**Герасименко И.А.**

*ГОУ ВПО «ДонАУиГС при Главе ДНР»*

## **ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ**

Для оптимизации использования ограниченных бюджетных средств на лекарственное обеспечение (ЛО) применяются различные методы и подходы. Практика показывает, что все больше государств находят различные решения вопросов, связанных с оказанием лекарственной помощи (ЛП) в разработке и внедрении национальной лекарственной политики (НЛП) по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), основанной на рациональном выборе, назначении и применении лекарственных средств (ЛС) на всех уровнях системы здравоохранения.

При разработке и внедрении НЛП на Республиканском уровне следует учитывать специфику, заключающуюся в масштабах территории, географическом положении и территориально-административной структуре. В процессе ЛО формируется и совершенствуется Республиканская лекарственная политика (РЛП), которая базируется на глубоком анализе фармацевтического рынка, с учетом социально-экономических, медико-демографических, санитарно-эпидемиологических и др. особенностей. Формирование РЛП на современном этапе

необходимо и возможно осуществить, так как в Республике активно разрабатываются и внедряются подходы к достижению доступности, рационального использования и безопасности ЛС, которые требуют детального изучения и научного обоснования.

Сейчас приоритетным направлением в Республике является улучшение качества жизни ее граждан. Ставится задача реформирования системы здравоохранения, как ключевого элемента социальной политики. Таким образом, необходимость формирования РЛП очевидна. Республика имеет ряд политических, макроэкономических и других особенностей, привлекательных для инвестиционных и миграционных потоков, что, в свою очередь, может влиять на формирование фармацевтического рынка и систему ЛО.

На сегодняшний день в Республике, ЛО является системой процессов, включающих производство, аптечное изготовление и оптоворозничную продажу ЛС, направленных на доступность, качественных и рациональное назначение ЛС. Следовательно, Республиканская лекарственная политика - это государственная стратегия развития региональной системы

управления ЛО, обусловленная спецификой Республики, и направленная на доступность качественных ЛС, их рациональное назначение и прием. Тогда, концепция формирования РЛП заключается в разработке комплекса стратегических мероприятий, с учетом региональных особенностей, направленных на повышение качества управления, оптимизацию бюджетного финансирования и нормативно - правовой базы регламентирующей ЛП и ЛО в Республике

ЛО является системой, которая должна рассматриваться в контексте внешней и внутренней среды и их взаимодействия. Внешняя среда имеет свойство постоянно меняться, в связи с этим необходимо проведение мониторинга динамики ряда показателей с целью выявления наиболее значимых из них по степени влияния на функционирование самой системы и ее

**Горлов Д.Ф., Лапштаева А.В.**

*ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева».*

## **ЗНАЧЕНИЕ IL-1 $\alpha$ В НАСТУПЛЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

В настоящее время одной из значимых медицинских и социальных проблем является бесплодный брак. Согласно данным официальной статистики, в Российской Федерации 17% супружеских пар -бесплодные. Ведущей причиной женского бесплодия является трубно-перитонеальная форма, диагностируемая в 30-60% случаев.

В последние годы все большую актуальность приобретают такие способы преодоления бесплодия, как экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Однако эффективность ЭКО остается низкой и составляет 30-35% .

Иммунная система занимает важное место в регуляции репродуктивной функции у женщин. В связи с этим, актуальным является поиск иммунологических маркеров, определяющих эффективность процедуры ЭКО.

Цель исследования – оценить прогностическое значение IL-1 $\alpha$  в диагностике вероятности наступления беременности в результате процедуры ЭКО.

Материалы и методы исследования. Обследовано 120 женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза. Все женщины участвовали в программе ЭКО, в зависимости от эффективности процедуры, было выделено две группы. В основную группу вошли 40 женщин с клинической беременностью, средний возраст со-

ближайшее окружение – оперативную и операционную среду.

Инфраструктура фармацевтического сектора определяет взаимодействие между производством и потреблением, спросом и предложением товаров аптечного ассортимента. От того насколько четким является этот механизм взаимодействия и будет зависеть эффективность всей системы ЛП и ЛО в рамках РЛП. Основой этого процесса, на наш взгляд, является построение четкой организационно-функциональной модели проведения учебно-методических и организационных мероприятий по оптимизации нормативно-правового поля и стимулирования специалистов фармации на максимально возможное использование своего профессионального потенциала.

ставил 33,4 $\pm$ 3,8 лет. Группу сравнения сформировали 80 женщин, у которых ЭКО оказалось неэффективным, средний возраст - 32,6 $\pm$ 4,3 лет.

Материалом для исследования являлись образцы периферической крови. Были исследованы показатели: IL-1 $\alpha$ , гипофизарно-яичниковые гормоны: Все пациентки дали добровольное информированное согласие для участия в исследовании.

Результаты исследования. У женщин с эффективной процедурой ЭКО уровень IL-1 $\alpha$  составил 26,6 (3,9; 40,2) пг/мл и был достоверно выше, чем у женщин с не наступившей беременностью - 17,4 (4,2; 18,0) пг/мл ( $p=0,038$ ). Полученные данные могут указывать на влияние IL-1 $\alpha$  на процесс имплантации плодного яйца, вероятно за счет создания провоспалительной среды, необходимой для выработки клетками эндометрия интегриновых молекул.

Для оценки взаимосвязи между IL-1 $\alpha$  и гормонами яичников в ходе исследования был проведен корреляционный анализ. Вне зависимости от исхода процедуры ЭКО у обследованных женщин была выявлена положительная взаимосвязь между IL-1 $\alpha$  и 17-оксипрогестероном. Кроме этого, у женщин с эффективной процедурой ЭКО, а соответственно и с более высоким уровнем IL-1 $\alpha$ , была выявлена положительная корреляционная взаимосвязь между IL-1 $\alpha$

и прогестероном и дегидроэпиандростероном. Полученные результаты подтверждают данные Ben-Shlomo & Adashi, о паракринном влиянии IL-1 $\alpha$  на циклические процессы в яичнике, приводящим к овуляции, благодаря продукции протеаз, оксида азота, простагландина и активатора плазминогена.

Выводы. Вероятно, одним из факторов, регулирующих процесс наступления беременности, является IL-1 $\alpha$ , который влияет на синтез яичниковых гормонов. Выявленная взаимос-

вязь между эффективностью процедуры ЭКО и высоким уровнем IL-1 $\alpha$  пациенток с трубноперитонеальным бесплодием позволяют использовать эти данные в качестве ориентировочных значений для прогнозирования эффективности процедуры. Полученные результаты обосновывают актуальность изучения IL-1 $\alpha$  у женщин с бесплодием для создания современных методик для определения прогноза и повышения эффективности экстракорпорального оплодотворения.

**Гридасов В.А., Домашенко О.Н.**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького*

## **ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ**

Цель исследования – изучение пораженного ЦНС различной этиологии на фоне ВИЧ-инфекции в условиях инфекционного стационара и оптимизация диагностического алгоритма. Изучено течение болезни у 52 больных ВИЧ-инфекцией, подтвержденной ИФА и иммуноблоттингом, в стадии 4В с различными поражениями ЦНС в инфекционном стационаре в возрасте от 22 до 79 лет. Дополнительные исследования включали определение вирусной нагрузки ВИЧ в плазме, CD4/CD8, исследование состава спинномозговой жидкости (СМЖ), биохимическое, вирусологическое, бактериологическое исследование СМЖ и плазмы крови, магнитно-резонансную (МРТ), компьютерную томографию (КТ). Пациентам установлены следующие диагнозы: менингоэнцефалит смешанной этиологии (токсоплазмоз+туберкулез) – 30,8 % (16), токсоплазмоз головного мозга (ГМ) – 15,4 % (8), серозный менингоэнцефалит неуточненной этиологии – 15,4 % (8), туберкулезный менингоэнцефалит – 9,6 % (5), ВИЧ-энцефалит – 5,8 % (3), прогрессирующая многоформная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ) – 5,8 % (3), криптококковый менингит – 3,8 % (2), листериозный менингит – 3,8 % (2), цитомегаловирусный (ЦМВ) менингоэнцефалит – 1,9 % (1), субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние – 1,9 % (1), гнойный менингоэнцефалит неуточненной этиологии – 1,9 % (1), герпетический менингоэнцефалит – 1,9 % (1), энцефаломенингополинейропатия – 1,9 % (1). В процессе наблюдения пациентов был выработан и оптимизирован алгоритм обследования, максимально охватываю-

щий спектр диагностического поиска. Алгоритм обследования включал: анамнез заболевания (продолжительность ВИЧ-инфекции, продолжительность антиретровирусной терапии); физикальное обследование: оценка общего состояния пациента, а также по системам и органам, психоневрологического статуса (осмотр психолога, невролога, психиатра-нарколога), состояния глазного дна (осмотр окулиста); исследования крови: клинический и биохимический анализ, иммунологическое исследование, молекулярно-биологические исследования (определение количества РНК ВИЧ, ПЦР к ЦМВ, ПЦР к ЭБВ, ПЦР к ВПГ, ПЦР к *Toxoplasma gondii*), серологическое исследование (определение антител к CMV, ЭБВ, ВПГ, *Toxoplasma gondii*), микробиологическое исследование (посев на флору, посев на микобактерии туберкулеза (МБТ), грибы); исследование СМЖ: определение уровня сахара, белка, хлоридов, определение клеточного состава, молекулярно-биологические исследования (определение количества РНК ВИЧ, ПЦР к ЦМВ, ПЦР к ЭБВ, ПЦР к ВПГ, ПЦР к *Toxoplasma gondii*, ПЦР к *Cryptococcus neoformans*), микробиологическое исследование (посев на флору, посев на МБТ, грибы); инструментальные методы: МРТ и КТ ГМ с контрастированием. Таким образом, в этиологической структуре поражения ЦНС на фоне ВИЧ-инфекции преобладал церебральный токсоплазмоз, а также сочетанные формы токсоплазмоза с другими процессами (туберкулез, CMV, герпес). У 11,6 % больных наблюдались выраженные поражения ЦНС, обусловленные преимущественным влиянием вируса иммуноде-

фицита – ВИЧ-энцефалит и ПМЛ. Наиболее информативной и целесообразной медицинской тактикой является комплексное, включающее инструментальный, лабораторный и физикальный компоненты, обследование пациентов с

ВИЧ-инфекцией и поражением ЦНС, включая подробное исследование СМЖ, что позволяет своевременно определить диагноз и назначить специфическую терапию.

**Гринцов А.Г., Михайличенко В.Ю., Алексеенко А.А., Нестеров Н.А., Шестопалова А.Д.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет  
им. В.И. Вернадского»*

## **СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КУЛЬТУР БЕТА-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У МОЛОДЫХ**

Актуальность темы и эффективность трансплантации бета-клеток подтверждается современными сообщениями ряда ведущих учреждений России (ФГБУ им. В.И. Шумакова) и Беларуси (Минск). Установлено, что в культурах ОК 16–24-недельных плодов человека должны присутствовать В-клетки, находящиеся на разных этапах морфофизиологической дифференцировки, а определенная часть составляют клетки, уже приобретшие способность секретировать инсулин, но еще не достигшие антигенной зрелости и еще не распознаваемые лимфоцитами реципиента.

Материалом для трансплантации были флотурирующие органоспецифичные культуры ткани поджелудочной железы человеческих плодов, которые были изготовлены по методу В.Н. Блюмкина с соавт. (1984). Методики выращивания культуры и иммунологический контроль описан ранее Слюсаревым О.А. и Ракша-Слюсаревой О.А.

Первую удачную трансплантацию культур клеток поджелудочной железы нами выполнена в 1992 году молодому человеку 27 лет, страдающего тяжелой формой сахарного диабета. Все 73 больных в возрасте от 16 до 35 лет распределены на 2 группы. Первая группа 56 больных, которым выполнена первичная трансплантация культур тканей поджелудочной железы. Вторая группа 17 человек, которым выполнялась ретрансплантация спустя 1,5 - 2,5 года. В послеоперационном периоде, начиная с первых суток, проводилась комплексная терапия сахарного диабета. Трансплантацию культур тканей проводилась по собственной методике. Непосредственные и отдаленные результаты изучены в сроки 14 дней, 1,3,6,9 месяцев, 1 год, 15 месяцев, 2,3,4,5,10,15 и 20 лет. Результаты от одного месяца до двух лет изучены у 71 больного. Спустя 3-5 лет – у 63 больных, спустя 10 лет – 48, 15 лет- 39

и 20 лет -35 больных. С первого месяца наблюдается положительная динамика. Улучшается настроение, сон становится поверхностным, боль в мышцах и кровоизлияние в склере уменьшаются. Положительная динамика с третьего месяца идет по нарастающей. Сон не нарушен, глубокий, настроение чаще позитивное, характер приобретает уравновешенные черты. Боли не беспокоят, кровоизлияние исчезает, и стабильно удерживается до 15 - 24 месяцев.

Социальная значимость проблемы трансплантации культур клеток поджелудочной железы подтверждается изученными отдаленными результатами в сроки 5-10 лет. Практически у всех 35 пациентов (из них женщин - 20, мужчин - 15), перенесших трансплантацию, отмечена трансформация из тяжелой формы в средней тяжести (15 человек), из средней в легкую – 20. Из 20 женщин замужем 16, 12 родили по одному ребенку, у двоих – 2 здоровых детей. У двух детей в возрасте 10 и 14 лет диагностирован сахарный диабет легкой формы.

Никто из перенесших трансплантацию не обращался на консультацию по поводу диабетической ангиопатии и других осложнений сахарного диабета.

### **Выводы**

Крайне сложная технология и контроль приготовления культур тканей поджелудочной железы требуют условий в специализированных лабораториях клеточных технологий.

У больных с сахарным диабетом в возрасте от 16 до 35 лет трансплантация клеток тканей поджелудочной железы бесспорно носит стойкий клинический эффект до 18-20 месяцев.

Выявленный положительный лечебный эффект является крайне важным особенно для пациенток молодого возраста, планирующих создание семьи и рождение ребенка.



Демин Д.Б., Фуньгин М.С., Авченко М.Т., Кондрашов Н.И.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»  
 ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова.

## ОПЫТ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Актуальность проблемы. Широкое внедрение в клиническую практику современных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) обусловило увеличение пула больных с диагностированными объемными образованиями печени, поджелудочной железы, селезенки, надпочечников. Данные группы пациентов попадают в сферу деятельности общехирургических стационаров. Исходя из поддерживаемой нами концепции необходимости минимизации операционной травмы, с 2012 г. мы начали выполнять оперативные вмешательства при вышеназванных патологиях лапароскопическим доступом. В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи лапароскопические вмешательства по поводу этих нозологий в ходят в разряд высокотехнологичных.

Цель работы: оценить эффективность высокотехнологичных лапароскопических вмешательств при объемных образованиях брюшной полости и забрюшинного пространства.

Материал и методы. В 2011-2017 годах в университетском научно-клиническом центре хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами выполнены высокотехнологичные вмешательства у 58 пациентов. У 37 пациентов выполнены вмешательства на печени, у 12 – на надпочечниках, у 5 – на поджелудочной железе, у 4 – на селезенке.

В процессе вмешательств мы применяли ультразвуковую диссекцию и биполярную коагуляцию.

Результаты и обсуждение. Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного обследования, включающего обязательного порядка КТ-исследование.

У 37 пациентов были объемные образования печени. В 36 случаях новообразования были доброкачественными (гемангиомы, обызвествленные и живые эхинококковые кисты, непаразитарные кисты), в 1 случае – первичный рак правой доли печени. Нами выполнены следующие оперативные вмешательства: сегментарная и бисегментарная резекция печени – 21, в том числе в 4 случаях при обызвествленных в 2 случаях при живом эхинококке (перицистэк-

томия); иссечение непаразитарных кист печени – 14; открытая эхинококкэктомия – 1; правосторонняя гемигепатэктомия – 1.

Средний размер солидных образований составлял 3-6 см. Расположение – передние и боковые локализации (SII, III, IV, V, VI). В одном случае выполнена атипичная резекция SVII. Кистозные образования имели размер от 5 до 15 см в диаметре с подкапсульным расположением в печени. Отбор такой категории пациентов был обусловлен необходимостью этапа освоения технологии вмешательства, а также отсутствием в настоящее время лапароскопического УЗИ-датчика. Методики резекционных вмешательств – сегментарная резекция печени в 17 случаях, в 4 случаях выполнена резекция левого латерального сектора.

Во всех случаях диссекцию ткани печени, пересечение глиссоновой ножки и иссечение стенок кисты осуществляли биполярным коагулятором. При выявлении по линии резекции крупных трубчатых структур применяли ручной интракорпоральный узловый шов для их дополнительного лигирования.

Открытая эхинококкэктомия при живой эхинококковой кисте SIV-V диаметром 6 см произведена по методике, аналогичной открытым вмешательствам: предварительное отграничение салфетками с формалином, пункция кисты, аспирация жидкости, введение спирта, экспозиция 5 минут, вскрытие кисты, удаление в контейнер оболочек и дочерних кист, обработка полости формалином, максимальное иссечение фиброзной капсулы с прилежащими участками печени для минимизации размеров остаточной полости.

У 5 пациентов непаразитарная киста печени – интраоперационная находка при плановой холецистэктомии, у 2 – при фундопликации по Ниссену. Кистозные образования фенестрировали с аспирацией содержимого. Максимально иссекали стенку кисты с прилежащей тканью печени с целью минимизации размеров остаточной полости с деэпителизацией последней монополярным коагулятором.

Конверсия выполнена в одном случае. У пациента с подтвержденным КТ и пункционной биоп-

сией первичным раком SV печени вмешательство начато лапароскопическим доступом. Выделены и пересечены в портальных воротах правые воротная вена, печеночная артерия и долевого проток. Правая доля печени мобилизована до нижней полой вены, при этом выявлено плотное прилегание опухоли к стенке этого сосуда, что представляло риск для безопасной диссекции. Выполнена лапаротомия, правосторонняя гемигепатэктомия завершена открытым способом.

Вмешательства на надпочечниках выполнены у 14 пациентов, в 12 случаях произведена адреналэктомия (5 правосторонних и 7 левосторонних) по поводу объемных образований от 2,5 до 6 см в диаметре. В 5 случаях это были инциденталомы, в 1 случае – феохромоцитомы, в 2 случаях – адренокортикальный рак. У 2 пациентов показанием к операции были большие забрюшинные кистозные образования (6 и 8 см в диаметре), располагавшиеся в проекции верхнего полюса правой и левой почек соответственно. Во время вмешательства при ревизии забрюшинного пространства, выявлено, что эти кисты исходят из надпочечников. Кисты иссечены с парциальной резекцией ткани надпочечников.

Вмешательства на поджелудочной железе выполнены у 5 пациентов. У 4 пациентов были серозные цистаденомы хвоста поджелудочной железы, у 1 пациента солидное образование (аденома по послеоперационному гистологическому заключению) той же локализации. В 2 случа-

ях выполнена дистальная панкреатоспленэктомия, в 3 случаях дистальная панкреатэктомия с сохранением селезенки. Конверсия в 1 случае в связи с возникновением неконтролируемого кровотечения из селезеночной вены. У обоих пациентов после панкреатоспленэктомии развился панкреонекроз с жидкостными скоплениями, потребовавший дополнительной инвазии (в 1 случае пункционное дренирование под УЗ-навигацией, в другом случае – дренирование из минилапаротомного доступа под интраоперационной УЗ-навигацией).

Лапароскопические вмешательства при патологии селезенки выполнены у 4 пациентов. В 2 случаях произведена спленэктомия по поводу больших кист соответственно верхнего и нижнего полюсов, в 2 случаях осуществлено иссечение кист с пломбировкой тахокомбом.

В большинстве случаев благодаря применению современных энергетических установок кровопотеря была минимальной. У всех больных (за исключением двух послеоперационных панкреонекрозов) гладкий послеоперационный период. Летальных исходов не было.

Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность «продвинутых» лапароскопических технологий в общехирургической практике и открывает перспективы для расширения объема вмешательств у данной категории больных.

**Демкович О.О., Колесникова А.Г., Поликарпина И.С.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ АНТИРАБИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ДНР ЗА ПЕРИОД 1997-2016 ГГ.**

Актуальность темы. Бешенство – широко распространенное вирусное заболевание животных, которое вызывает нейротропный вирус рода *Lyssavirus* семейства *Rhabdoviridae*. По оценке ВОЗ бешенство входит в пятерку наиболее опасных зооантропонозов, которые влекут за собой огромный социально-экономический ущерб. Цель исследования. Целью нашего исследования является оценка показателей обращаемости населения и оказания антирабической помощи за период с 1997 по 2016 гг. В последние годы в ДНР отмечается значительное ухудшение эпидемиологической обстановки по бешенству: рост заболеваемости людей гидрофобией и активное распространение среди животных. Так или иначе это связано с активными бо-

евыми действиями на территории республики, с нехваткой средств и вакцины. Начиная с 1997 по 2016 гг. было зарегистрировано свыше 1480 очагов бешенства на территории Донецкой области. Что касается заболеваемости среди людей, то в Артемовске был зарегистрирован 1 случай бешенства, в 2007 году – 2 случая в Мариуполе и в Тельмановском районе, в 2008 году в Угледа-ре – 1 случай, в 2011 году в Снежном – 1 случай, в 2013 году в Докучаевске – 1 случай и в 2016 году в Старобешевском районе – 1 случай заболеваемости с летальным исходом. Анализируя показатели обращаемости людей за антирабической помощью, можно отметить, что наибольший показатель был зарегистрирован в 2007 году и составлял 255,7 на 100 тыс. населения. В последу-

ющие 5 лет обращаемость стала снижаться с минимальным показателем в 2014 году – 164,4 на 100 тыс. населения. По всей видимости, это связано с началом активных боевых действий в Республике, с многочисленными отъездами граждан на другие города и страны, а также, что немаловажно, уменьшения численности основного резервуара инфекции в связи с проводимыми военными операциями на полях, в лесах и отсутствием пропитания. Была проанализирована заболеваемость животных за 20 лет. В структуре заболеваемости бешенством, удельный вес от числа всех заболевших составляют: лисы – 43,5 %, кошки – 26 %, собаки – 23,2 %, сельскохозяйственные животные – 1,9 %, енотовидные собаки – 0,6 %, грызуны – 0,3 % и другие – 4,5 %. Что касается показателей назначения антирабического лечения населению, можно отметить, что наибольший показатель был в 2015 году – 21,8 %, поскольку начиная со 2-го полугодия 2015 года фактически еженедельно регистрировались 1-2 случая заболеваемости животных. Плотность популяции диких плотоядных

животных по известным причинам не была доведена до нормируемых. Минимальный объем помощи населению был оказан в 1999 году и составлял 10,5 %. Хочется подчеркнуть, что в настоящее время ситуация по бешенству остается актуальной, поскольку ежедневно в учреждения Республики за антирабической помощью обращаются от 10 до 15 человек, но тем не менее органы уполномоченные осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор тщательно проводят контроль за соблюдением требований санитарного законодательства ДНР, направленных на предупреждение возникновения и распространения случаев бешенства среди людей.

#### Выводы

1. В последние годы в ДНР отмечается значительное ухудшение эпидемиологической обстановки по бешенству.

2. Несмотря на временные трудности, органы, уполномоченные осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор, тщательно проводят контроль за соблюдением требований санитарного законодательства ДНР.

Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Голубова Т.С., Кичатьгй С.В., Захарова О.В.

*Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

## МАКСИМАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ УСПЕШНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Нами проанализированы максимальные величины отдельных клинических показателей на различных этапах успешной трансплантации почки с целью определения приемлемых рисков сопряженных с данным вмешательством.

Материал и методы. С 1986 по 2017 годы мы выполнили 710 трансплантаций почек. Средний возраст реципиентов был 42,6 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1,6:1. Большинство из них перед трансплантацией лечились диализом (96%), 28 пациентам пересадки выполнены без предварительного диализа, 519 (73,1%) пересадок выполнены от умерших доноров, 191 (26,9%) - от живых доноров. Консервацию донорских почек осуществляли «Кустодиолом».

Результаты и обсуждение. К моменту трансплантации почки возраст пациентов колебался в пределах от 6 до 72 лет, вес от 12 до 120 кг. Максимальный возраст живого донора был 78 лет, максимальная продолжительность дотрансплантационной анурии составила 13 лет. Максимальная доза инсулина была 150 ЕД/сут. Максимальное время холодовой ишемии с первичной функцией почечного трансплантата со-

ставляло 47 часов. В рамках вариантной анатомии во время пересадки максимально анастомозировали 3 артерии, 2 вены и 2 мочеточника. Наибольший вес поликистозной почки удаленной ипсилатерально одномоментно с ренальной трансплантацией составил 4 кг. Наибольшее количество трансплантаций почек выполненных одному пациенту составило 4. Представляет интерес наблюдение, в котором имело место первичное заживление раны у пациента с тяжелой анемией (гемоглобин крови 60 г/л) после повторной операции – ипсилатеральной нефрэктомии и формирования пиелоуретероанастомоза в связи с тотальным некрозом донорского мочеточника через 10 дней после трупной трансплантации почки. Максимальная продолжительность анурии после трансплантации почки составила 45 дней. Наибольший объем мочи сразу после трансплантации почки достигал 51,3 л/сут. Наиболее интенсивная иммуносупрессия с использованием антилимфоцитарных антител в течение первого месяца после трансплантации почки без каких-либо побочных проявлений включала базиликсимаб (20 мг в день

“0” и день “4” после операции) и лошадиный антигитимоцитарный глобулин (15 мг/кг/сутки, всего 21 доза). Поддерживающая иммуносупрессия без стероидов используется у 30% пациентов. В течение последних 4-х лет нами наблюдается пациент с нормальной функцией почечного трансплантата без иммуносупрессии. Наиболее отдаленный срок развития острого лимфоцеле (800 мл) составил 5 лет после трансплантации почки. Максимальный возраст реципиента почечного трансплантата составляет 77 лет че-

рез 10 лет после трансплантации почки. Максимальная продолжительность удовлетворительной функции трупной почки у больных сахарным диабетом составляет 10 лет, при гломерулонефрите - более 27 лет. Мониторинг продолжается.

Выводы. Наш опыт трансплантации почки подтверждает возможность эффективной реабилитации, в том числе у пациентов высокого операционного риска и позволяет сократить список противопоказаний для этой операции.

**Домашенко О.Н., Демкович О.О., Слюсарь Е.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) – природно-очаговое трансмиссивное арбовирусное заболевание, которое представляется особо опасным в связи с тяжестью клинического течения и возможными осложнениями, сложностью его предупреждения и ликвидации [1-2].

Цель исследования. Клинико-эпидемиологическая характеристика впервые выявленной в Донецкой области Лихорадки Западного Нила.

Материал и методы. В течение 3-х летних сезонов в Донецкой области было зарегистрировано 16 случаев лихорадки Западного Нила (ЛЗН) у больных в возрасте от 18 до 75 лет (10 мужчин и 6 женщин).

Результаты и обсуждение. 13 больных ЛЗН были жителями городов, 3 проживали в сельских районах области, расположенных вблизи Азовского побережья. В результате эпидемиологического расследования установлено, что один больной был укушен клещом. Двое больных отдыхали на побережье Азовского моря в пределах области, 3 отмечали купания в реке и пруду. У 7 пациентов в радиусе 3-5 км от жилья были расположены водоемы (водохранилища, пруды, небольшие реки). 7 больных жили в квартирах многоэтажных домов, в подвальных помещениях которых наблюдался выплод комаров. Другие больные проживали в частных домах. Все пациенты отмечали укусы комаров. За пределы области в течение инкубационного периода ЛЗН больные не выезжали, переливаний донорской крови (ее компонентов) не получали. Лихорадка была ведущим симптомом заболевания: у 9 больных заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39-40,0 °С ознобом, у 7 – подостро. У большинства больных (62,5 %)

температура имела ремиттирующий характер, у 18,7 % – постоянный, у 18,7 % – неопределенный, сопровождалась головной болью, слабостью, потливостью, головокружением, ломотой в теле. Продолжительность лихорадочного периода была от 10 до 55 дней (в среднем 27,7 дня). У 7 (43,8 %) больных возник рецидив лихорадки (на 5, 7, 8, 21, 27 дни заболевания). В одном случае наблюдалась трёхволновая лихорадка с рецидивом на 7-й и 33-й день болезни. Пациенты госпитализировались в инфекционный стационар с диагнозами энтеровирусная инфекция, ОРВИ, острая кишечная инфекция, иерсиниоз, псевдотуберкулез, лихорадка неуточненной этиологии, инфекционная эритема, серозный менингит. У 1-го больного в начальном периоде болезни наблюдалась боль в поясничной области справа, дизурия, в связи с чем получал лечение в урологическом отделении по поводу хронического калькулезного пиелонефрита, аденомы предстательной железы и лихорадки неуточненной этиологии. Больная 32 лет была госпитализирована в отделение интенсивной терапии для инфекционных больных с диагнозом сальмонеллез, осложнившейся инфекционно-токсическим шоком III степени. У 8 больных (50 %) отмечена мелко- и крупнопятнистая сыпь с локализацией на груди и туловище, в 2-х случаях – на лице. Сыпь появлялась на 1-3-й дни болезни и исчезала через несколько дней, не оставляя пигментации. У обследуемых пациентов преимущественно отсутствовали катаральные явления, при первичном осмотре у 2-х больных выявлено затрудненное носовое дыхание и у 4-х – умеренная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Увеличение поверхностных лимфатических узлов до 0,6-1,5 см наблюдалось у 5 боль-



ных, при этом лимфоузлы были чувствительны при пальпации. У 6 больных (37,5 %) наблюдался гастроинтестинальный синдром: тошнота, умеренная боль в околопупочной области или правом фланге живота, рвота и диарея. В одном случае понос был профузным с первого дня болезни с признаками дегидратации II степени, еще в одном случае ИТШ III степени. У 6-и пациентов была увеличена печень. У 3-х больных пальпаторно определялась незначительно увеличенная селезенка (+2,0-1,5 см). Симптомы поражения ЦНС появлялись у всех больных чаще на 1-й неделе заболевания (68,8 %), у остальных больных – на 2-й и даже 3-й неделе лихорадки. У всех обследованных выявлены менингеальные знаки, в 50 % случаев они были диссоциированными (преобладала ригидность затылочных мышц при отрицательном или незначительно выраженном симптоме Кернига). Спинномозговая жидкость прозрачная, вытекала под повышенным давлением, цитоз колебался от 12 до 491 в 1 мкл. смешанного характера (среднее количество лимфоцитов – 49,7 % с незначительным повышением белка (до 698,7 мг/л), уровень глюкозы и хлоридов – в пределах нормы. У 4 (25 %) пациентов установлен диагноз менингоэнцефалита, который проявлялся потерей сознания, судорожным синдромом, мышечным тремором, глазодвигательными нарушениями, поражением черепных нервов, бульбарным синдромом, пи-

рамидными знаками, у 1-й больной – парапарезом. В крови нормоцитоз был у 7, лейкоцитоз – у 9, палочкоядерный сдвиг – у 10, ускоренная СОЭ – у 9 больных. Изменения в анализе мочи (протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия) отмечены у 43,8 % обследованных. У 50 % больных заболевание протекало в тяжелой форме, всем им проведена интенсивная терапия в реанимационном отделении. У всех больных диагноз ЛЗН был подтвержден методом ИФА, у 11 титр антител класса IgM был > 1:1600 и у 5 человек > 1:200. Лечение больных проводилось синдромально, основываясь на диагнозе вирусный менингит или менингоэнцефалит с учетом сопутствующей патологии. Противовирусная терапия не назначалась. Антибиотики использовали у 3-х больных, учитывая сопутствующую патологию. Все пациенты выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Таким образом, ЛЗН имела клинику нейроинфекции (серозный менингит и менингоэнцефалит) с полиморфизмом клинических симптомов (экзантема, диарея, катаральные явления, нефрозонефрит, гепатоспленомегалия) с преобладанием интоксикационного синдрома на фоне достаточно длительной лихорадки и поражения ЦНС. Врачи смежных специальностей (терапевты, неврологи, нефрологи и др.) должны знать об эпидемиологической характеристике и особенностях течения данного заболевания.

**Домашенко О.Н., Черкасова Т.И., Карабиза А.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СЕПСИСА ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ**

Клиническая диагностика сепсиса, обусловленного возбудителями иерсиниоза, представляет определенные трудности. Септическая форма при иерсиниозе возникает от 0,3 до 6,3%. Данная форма заболевания при многолетнем изучении иерсиниоза диагностирована нами у 26 больных (14 мужчин и 12 женщин) в возрасте 17-65 лет. Развитию септического процесса у пациентов способствовали различные сопутствующие заболевания и состояния, определяющие возникновение иммунодефицита (сахарный диабет, алкоголизм, беременность, роды и лактация, оперативное вмешательство, шахтная травма). У остальных больных иерсиниозным сепсисом сопутствующие заболевания выявлены не были. В этих случаях нельзя исключить возможность развития септического течения болезни в связи с массивностью инфициро-

вания или более вирулентными штаммами возбудителей. Этиология заболевания в трех случаях подтверждена выделением гемокультуры, у 4 больных копрокультурой, а также РСК, у 3 – ПЦР, у 5 – нарастающими титрами РА (1:160-1:2560), у 11 – РНГА (1:400-1:1600), у 6 – РНИФ, у 3 – Вестернблотом. Из 26 больных иерсиниозом у 15 клиническая диагностика иерсиниоза облегчалась выявлением достаточно типичного для рассматриваемого заболевания сочетания синдромов, наблюдающихся в первые дни болезни. У этих пациентов уже в начале болезни лихорадочная реакция и ознобы сочетались с лимфаденопатией, появлением высыпаний на 1-3 сутки, катаральным или тонзилло-катаральным синдромом, диареей различной степени выраженности, увеличением печени, у 19 – селезенки. В последующие дни, несмотря на антибактери-

альную терапию, лихорадка принимала стойкий характер (у 13 она была гектической, у 7 – постоянной, у 6 – ремиттирующей). Наблюдались рецидивы экзантемы, при этом локализация и характер сыпи менялись. Присоединялось поражение суставов (артриты) у 17, связочного аппарата (синовиты) – у 12, выраженные артралгии – у 5 больных. У 8 пациентов наблюдались выраженные миалгии. В процессе развития иерсиниозного сепсиса возникли другие вторичные очаги инфекции: пневмония (у 4), экссудативный плеврит (у 1), миокардит (у 8), менингит (у 4), гепатит (у 9), нефрозо-нефрит (у 6). Из 26 больных иерсиниозным сепсисом у 7 в течение первой недели болезни развился токсико-инфекционный шок, у 5 – острая почечная недостаточность. У 7 больных заболевание приняло затяжное течение и на фоне антибактериальной терапии длилось от 68 до 129 дней. В одном случае отмечен летальный исход (3,8 %). У 11 пациентов установление этиологии сепсиса вначале представляло значительные трудности, так как кроме лихорадки, интенсивных ознобов и других общетоксических симптомов у этих больных не были выявлены другие признаки, имею-

щие диагностическое значение для иерсиниоза (экзантема, диарея, поражение суставов). Косвенными симптомами, наводящими на мысль о возможности генерализованной формы иерсиниоза, были нерезко выраженная множественная лимфаденопатия, в 6 случаях – увеличение печени и селезенки, у большинства – нерезко выраженный илеит. У 9 больных распознаванию заболевания способствовали эпидемиологические данные. Исключение патологических процессов другой этиологии (тифо-паратифозных заболеваний, системной патологии соединительной ткани, лимфопролиферативных заболеваний, ВИЧ-инфекции, инфекционного мононуклеоза и т.д.), а также специфические лабораторные исследования позволяли установить этиологический диагноз. У всех больных сепсисом, обусловленным иерсиниозом, в периферической крови наблюдались закономерные для септических процессов различной этиологии изменения: лейкоцитоз (14,0-27,0·10<sup>3</sup>/мм<sup>3</sup>), палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, отчетливая лимфопения, резко увеличенная СОЭ (35-72 мм/час).

**Дорошенко Т.В., Ярцева С.В., Нетруненко Л.В.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»,  
ГУ «Луганская республиканская клиническая больница».*

## **ФОСФОГЛИВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ.**

Хронический гепатит С (ХГС) является актуальной проблемой как отечественного, так и мирового здравоохранения. Это связано, прежде всего, с высокой распространенностью данной нозологии, резистентностью к противовирусным препаратам, значительной частотой тяжелых побочных реакций противовирусной терапии, высокой стоимостью лечения при отсутствии государственного финансирования. А сочетание вирусного гепатита и алкогольной болезни печени (АБП) приобретает особую медико-социальную значимость, из-за высокой распространенности, тяжелого клинического течения, раннего возникновения осложнений, высокого уровня смертности в сравнении с изолированным поражением печени вирусного или алкогольного генеза, а также более частого развития первичного рака печени. Сочетание HCV-инфекции и употребление алкоголя в значительной мере утяжеляет поражение печени и требует дифференцированной своев-

ременной патогенетической терапии. Препарат Фосфоглив (фосфатидилхолин + глицирризиновая кислота) объединяет в себе свойства гепатопротектора и противовирусного препарата.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность препарата «Фосфоглив» в составе комбинированной терапии у больных хроническим гепатитом С (ХГС) в сочетании с алкогольной болезнью печени (АБП), не получающих противовирусную терапию (ПВТ).

Материалы и методы. В исследование были включены 28 пациентов (26 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 28 до 57 лет с диагнозом ХГС в сочетании с АБП, верифицированным лабораторными и инструментальными методами. Все больные были разделены на 2 группы. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, клинико-лабораторным показателям. Больные I группы (14 человек) получали фосфоглив на фоне стандартной терапии, сначала внутривенно по 5,0 г (2 флакона) 3 раза в неделю в

течение 2 недель, затем - фосфоглив форте по 2 капсуле 3 раза в день до 2 месяцев. Больным II группы (14 человек) фосфоглив не назначали, они получали только стандартную терапию гепатопротекторами (гептрал, эссенциале, карсил), дезинтоксикационную терапию. Проводили анализ данных клинической картины, показателей функции печени, углеводного и липидного обменов, вирусологической нагрузки, выполняли УЗИ гепатобилиарной системы, эластометрию. Биопсия не проводилась. В исследование включались пациенты с различными генотипами вируса. Клинический эффект оценивался 4-ой и 8-ой неделе исследования.

Результаты и обсуждение. Анализ клинической симптоматики показал, что у больных I группы достоверно быстрее, по сравнению со II группой, исчезала тошнота: на  $6,5 \pm 1,2$  и  $12 \pm 2,0$  день. В I группе отмечали улучшение аппетита через  $5 \pm 1,6$  дня, а у пациентов II группы – через  $11 \pm 1$  дней. Астено-вегетативный синдром уменьшился или исчез у пациентов I группы через  $15 \pm 2$  дней, а во II группе через  $20 \pm 4$  дня. Ранний устойчивый биохимический ответ про-

являлся достоверным снижением уровня АЛАТ, АсАТ на  $\geq 50\%$  уже на 2-й неделе терапии в I группе, тогда как во II группе снижение АЛАТ, АсАТ заняло более  $30 \pm 6$  дней. Достоверно снизилась активность АсАТ – с  $175,8 \pm 14,6$  до  $52,5 \pm 7,5$  ед/л в, АЛАТ – с  $164,9 \pm 17,4$  до  $38,3 \pm 6,4$  ед/л. Уровень общего билирубина у больных I группы снизился с  $64,4 \pm 12,5$  мкмоль/л до  $28,3 \pm 4,6$  мкмоль/л, а во II группе с  $58,8 \pm 5,9$  мкмоль/л до  $34,3 \pm 4,7$  мкмоль/л. Темп снижения общего билирубина в I группе был в 1,4 раза быстрее, чем во II группе. Снижение вирусной нагрузки в I группе зарегистрировано у 8 больных на 30%, у 4 пациентов – на 65%, у 2 пациентов – на 16% на 8 неделе исследования, тогда как во II группе не было зафиксировано никаких изменений. Ни один пациент не выбыл из исследования из-за развития нежелательных реакций, которые можно было бы связать с исследуемым препаратом.

Выводы. Таким образом, фосфоглив обладает высокой эффективностью у пациентов с ХГС в сочетании с АБП и может быть рекомендован для включения в схему лечения пациентов с ХГС в сочетании с АБП.

Дюбанов С.М.<sup>1</sup>, Луговсков А.Д.<sup>2</sup>, Вербицкая Е.А.<sup>1</sup>, Козикова О.А.<sup>2</sup>, Перцова Ю.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Луганский республиканский центр медико-социальной экспертизы»

<sup>2</sup>ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки».

## АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОГО ВЫХОДА НА ИНВАЛИДНОСТЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЗА 2015-2016 ГГ.

Актуальность темы: Злокачественные новообразования в 2016г. заняли I ранговое место по первичному выходу на инвалидность среди нозологических форм МКБ-10 среди взрослого и трудоспособного населения Луганской Народной Республики (ЛНР).

Целью работы стал сравнительный анализ показателей первичного выхода на инвалидность от онкологической патологии за 2015-2016 гг.

Материалы и методы. Нами были изучены статистические материалы ГУ «Луганский республиканский центр медико-социальной экспертизы» ЛНР за 2015-2016 гг.

Результаты. Анализируя первичный выход на инвалидность за 2015-16 гг. в зависимости от стадии онкопатологии, можно отметить рост первичного выхода при: I стадии на  $3,5\%$  (2016г. –  $19,6\%$ ); IIА стадии – на  $4,6\%$  (2016г. –  $24,7\%$ ); IIБ стадии – на  $0,7\%$  (2016 –  $10,4\%$ ) и снижение первичного выхода на инвалидность при: IIВ стадии – на  $2,5\%$  (2016г. –  $15,5\%$ ); IIIА ста-

дии – на  $0,7\%$  (2016г. –  $13\%$ ) и при IV стадии на  $4,5\%$  (2016г. –  $16,9\%$ ). При уточняющем анализе, в зависимости от онконологий, можно отметить рост первичного выхода при: раке молочной железы на  $6,2\%$  (2016г. –  $27,0\%$ ), раке яичников на  $1,4\%$  (2016г. –  $4,6\%$ ), раке щитовидной железы на  $1,3\%$  (2016г. –  $2,2\%$ ), при лимфомах на  $0,6\%$  (2016г. –  $3,6\%$ ), раке кишечника и раке прямой кишки на  $0,4\%$  (2016г. –  $5,7\%$ ), при меланоме на  $0,3\%$  (2016г. –  $1,9\%$ ), раке простаты на  $0,2\%$  (2016г. –  $0,6\%$ ).

Учитывая рост запущенных случаев онкопатологии, при анализе первичного выхода на инвалидность больных IIIА стадии, можно отметить рост при: раке щитовидной железы на  $20,8\%$  (2016г. –  $20,8\%$ ), раке яичников на  $13,3\%$  (2016г. –  $30,0\%$ ), меланоме – на  $9,5\%$  (2016г. –  $9,5\%$ ), раке гортани на  $5,8\%$  (2016г. –  $36,0\%$ ), раке ротовой полости – на  $4,8\%$  (2016г. –  $29,8\%$ ), раке прямой кишки – на  $4,8\%$  (2016г. –  $9,8\%$ ), раке мочевыделительной системы – на  $1,1\%$  (2016г. –  $17,5\%$ ); при IIБ стадии - при: раке ротовой по-

лости на 13,5 % (2016г. – 19,1 %), раке других органов пищеварения – 9,1 % (2016г. – 9,1 %), лимфомах – на 5,9 % (2016г. – 10,2 %), раке желудка – на 5,3 % (2016г. – 12,2 %), раке яичников – на 3,5 % (2016г. – 16,0 %), раке тела матки – на 3,0 % (2016г. – 5,8 %), раке легкого – на 2,9 % (2016г. – 22,9 %), раке прямой кишки – на 2,3 % (2016г. – 9,8 %), раке кишечника – на 1,4 % (2016 – 6,4 %), раке молочной железы – на 0,7 % (2016г. – 12,4 %). При IV стадии онкопатологии, анализ пер-

вичного выхода на инвалидность за 2015-2016 гг., показал рост лимфом на 10,1 % (2016г. – 23,1 %), раке мочеполовых органов – на 9,2 % (2016г. – 34,2 %), раке простаты – на 8,9 % (2016г. – 42,8 %), раке головного мозга – на 7,7 % (2016г. – 18,7 %), раке тела матки – на 2,2 % (2016г. – 7,7 %).

Выводы: За анализируемый период отмечается рост первичного выхода на инвалидность от онкопатологии при I, IIА, IIВ стадиях и снижение при IIВ, IIIА и IV стадиях.

**Ежелева М.И., Ластков Д.О., Брюханова С.Т.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ ПОЛИКЛИНИКИ И СТАЦИОНАРА**

Была проведена сравнительная гигиеническая оценка условий труда врачей терапевтических специальностей, занятых в стационаре и поликлинике на базе областной клинической больницы г. Донецка, согласно Специальной оценке условий труда (далее СОУТ) (Федеральный закон N 426-ФЗ от 28.12.2013 (ред. от 01.05.2016) и Руководству Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» (Р 2.2.2006-05), которое до 2013 г. применялось при аттестации рабочих мест (АРМ) для установления компенсаций и льгот медицинским работникам за работу во вредных и опасных условиях труда. Вариабельность значений факторов в пределах одного класса условий труда (или одной степени для 3 класса) позволила объединить в одну группу врачей следующих специальностей: невролог, аллерголог, гастроэнтеролог, кардиолог, ревматолог, пульмонолог, эндокринолог и неонатолог, и выделить в отдельную группу врачей поликлиники. Установлено, что согласно СОУТ условия труда врачей всех исследуемых специальностей соответствуют 2 классу (допустимые). Исключение составляют врачи неонатологического отделения, у которых, согласно Закону N 250н от 24.04.2015 условия труда по напряженности соответствуют 3 классу 1 степени. Однако, при проведении СОУТ не учитываются показатели интеллектуальных нагрузок, сенсорных нагрузок (длительность сосредоточенного наблюдения), эмоциональных нагрузок (степень ответственности за результат собственной деятельности, значимость ошибки, количество конфликтных ситуаций за смену), а также режим работы, которые существенно отличаются

у врачей-терапевтов поликлиники и стационара. По данным АРМ (Р 2.2.2006-05) условия труда врачей-терапевтов стационара относятся к 3 классу 3 степени (более 6 показателей тяжести и напряженности 3 класса 2 степени), а врачей поликлинического профиля – к 3 классу 2 степени (ведущие показатели – тяжести и напряженности трудового процесса).

При анализе трехлетней заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) врачей-терапевтов поликлиники и стационара было установлено, что средняя трехлетняя ЗВУТ в случаях врачей-терапевтов стационара составляет  $57,33 \pm 0,76$ , тогда как поликлиники –  $68,08 \pm 1,16$  (при  $p < 0,05$ ); в днях: у врачей стационара –  $567,0 \pm 2,38$ , у врачей поликлиники  $671,83 \pm 3,65$  (при  $p < 0,05$ ). По нашему мнению, данные отличия как в случаях, так и в днях объясняются большим количеством принятых и осмотренных пациентов врачами поликлинического профиля (биологический фактор), что подтверждается преобладанием инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей (острые респираторные вирусные инфекции) в структуре ЗВУТ в большей степени у врачей поликлиники ( $34,27 \pm 0,82$  против  $26,0 \pm 0,51$  у врачей стационара (при  $p < 0,05$ )); заболеваний глаз (конъюнктивиты, блефароконъюнктивиты и др.) –  $2,35 \pm 0,22$  и  $1,33 \pm 0,12$  (при  $p < 0,05$ ) соответственно, заболевания кожи (инфекционные дерматиты, гидрадениты и др.) –  $2,35 \pm 0,22$  и  $0,67 \pm 0,08$  (при  $p < 0,05$ ) соответственно. В то же время у врачей отделений терапевтического профиля в структуре ЗВУТ достоверно выше заболеваемость органов сердечно-сосудистой системы ( $5,67 \pm 0,24$  против  $3,29 \pm 0,26$  у врачей поликлинического профиля  $p < 0,05$ ), что, на наш взгляд, можно объ-



яснить более высокими уровнями тяжести и напряженности труда у врачей-терапевтов стационара. Средняя длительность одного случая у врачей стационара составляет 9,89 дня, у врачей поликлиники – 9,87 дня. Индекс здоровья врачей-терапевтов стационара составляет 61,0, врачей-терапевтов поликлиники – 63,4.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что у врачей стационара более зна-

чимы и информативны показатели тяжести и напряженности труда, которые, однако, в настоящее время не учитываются при установлении льгот и компенсаций за работу во вредных условиях. Для врачей-терапевтов поликлинического профиля наиболее значимым фактором является биологический, что подтверждается уровнями ЗВУТ по указанным нозологиям.

**Ершова И.Б., Глушко Ю.В.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ 7-9 ЛЕТ, ИСПЫТАВШИХ СТРЕСС В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Военный конфликт на Донбассе вызвал как физические травмы, так и посттравматические расстройства, психосоматические заболевания.

Цель. Изучение психосоматического статуса и функционального состояния вегетативного гомеостаза у детей 7-9 лет с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), вызванным боевыми действиями в регионе Донбасс.

Материалы и методы. Обследовано 123 ребенка 7-9 лет с ПТСР, вызванным боевыми действиями в регионе Донбасс. Контрольная группа: 111 младших школьников без ПТСР. Использовались: родительская анкета, индекс шкалы уровня ПТСР. Соматический статус исследовался путем анализа амбулаторных карт (112/у-04) и медицинских выписок (027/у), а также опросником А.М. Вейна и кардиоинтервалографией (КИГ).

Результаты исследования. Анализ степени развития ПТСР показал, что с наибольшей частотой младших школьников, регистрировалась средняя степень ПТСР - 49 человек (39,8%). Легкая степень отмечалась у 46 человек (37,4%), а высокая – у 28 человек (22,8%). Более подверженными (в 1,5 раза) влиянию стресса войны оказались мальчики.

При расчете количества случаев заболеваний на 1 ребенка определено, что в основной группе этот показатель был выше на 33,5%, продолжительность одного случая заболевания в днях – выше более чем в 2 раза, а количество дней пропущенных по болезни - в 3 раза. В группу «часто болеющие дети» (ЧБД) вошли 56,1% детей с ПТСР, тогда как в контроле ЧБД было в 2,3 раза меньше. Группу - «эпизодически болеющие» дети (ЭБД) составили 28,5% детей с ПТСР, что в 1,5 раза меньше в сравнении с контролем. В основной группе не было ни одного ребенка, ко-

торый в течение года ни разу бы не болел, среди них преобладали показатели респираторной заболеваемости, с развитием осложнений более чем в 2 раза чаще.

Симптомы вегетативных нарушений значительно преобладали среди детей с ПТСР. Показатели КИГ определили преобладание амплитуды моды (АМо,%) у детей с ПТСР (33,43±1,5), в сравнении с контролем (27,0±0,8), а также снижение моды (Мо) (0,59±0,01), с разницей в 19,2% в сравнении с контролем (p<0,01). У детей с ПТСР снижена (на 13,8 %) активность вариационного размаха (ΔX, с) 0,25±0,01 в сравнении с контролем (0,29±0,01). Синхронное (в 1,8 раза) преобладание показателя ИН1 (111,92±8,79 ед.) в основной группе, говорит о напряжении регуляторных механизмов ВНС.

Для 43 (35,0%) детей с ПТСР был характерен симпатикотонический исходный вегетативный тонус (ИВТ), гиперсимпатикотонический – для 21 человека (17,1%), тогда как в контроле более характерна эйтония (53 детей (47,7%)). При оценке вегетативной реактивности (ВР) у детей с ПТСР в 2,6 раза чаще отмечалась гиперсимпатикотоническая ВР (60 человек (48,8%)). В контроле же преобладала нормальная ВР (72 человек (64,9%)), когда у детей с ПТСР в 2,6 раза меньше. Дети с ПТСР в 54,5 % случаев имели не достаточное вегетативное обеспечение.

**Выводы:**

1. Дети, испытавшие стресс военных действий, имеют различной степени ПТСР, наиболее подверженными которым оказались мальчики.

2. У детей с ПТСР преобладают длительность, частота и тяжесть соматической патологии, а вегетативные расстройства возникают более чем в

2,5 раза чаще и характеризуются преобладанием тонуса симпатического отдела и преимущественно гиперсимпатикотонической реактивностью вегетативной нервной системы, а также не достаточным вегетативным обеспечением.

**Ершова И.Б., Петренко О.В.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ**

Лямблиоз – заболевание инфекционной природы, вызываемое лямблиями, для которого, кроме диспептических, аллергических симптомов, а также симптомов интоксикации, характерны симптомы астеновегетативного характера. Первооткрыватель паразита Д. Лямбль назвал его «паразитом тоски и печали».

Паразитирование *Lamblia intestinalis* имеет ряд важных патогенетических моментов. Одним из которых является способность паразита механически блокировать поверхность ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки, вследствие чего развивается лактазная недостаточность, нарушается всасывание дисахаридов, жиров, витаминов, в частности витаминов группы В1, В6, В12. Установлено, что недостаток указанных витаминов в организме человека приводит к появлению повышенной утомляемости, тревожности, раздражительности, бессоннице, нарушениям памяти и способности к концентрации внимания.

Цель: оценить эффективность витаминного комплекса, содержащего витамины В1, В2, В6, на основании изучения психоэмоционального состояния детей с лямблиозом.

Материалы и методы. Обследован 51 ребенок школьного возраста с лямблиозом. Из них 28 человек (основная группа) в дополнение к базис-

3. Полученные данные обуславливают необходимость внедрения реабилитационных мероприятий детям, испытавшим стресс, связанный с военными действиями.

ной терапии принимала витаминный препарат, содержащий витамины В1, В6, В12, в возрастной дозировке, 23 человека (группа сравнения) - получала терапию без назначения поливитаминного препарата. Дети были сопоставимы по возрасту и полу. Производился осмотр, сбор жалоб, анамнеза; использованы тесты для изучения психоэмоциональной сферы: тест М. Люшера, шкала астенического состояния (ШАС и MFI-20), шкала депрессии Бека. Обследование испытуемых проводилось дважды: при включении в исследование и после завершения лечения (на 30-й день).

Результаты и их обсуждение. После проведенного курса лечения в группе, получавшей витамины, произошло достоверное уменьшение числа детей с жалобами на утомляемость (на 57,1%), раздражительность (на 42,9%), нарушение сна (на 32,2%), эмоциональную лабильность (на 42,3%), снижение памяти (на 28,6%). Снизилась частота регистрации нервно-психического напряжения и тревожности (в 3,2 и 2,5 раза, соответственно). В группе сравнения положительная динамика со стороны психоэмоционального состояния была незначительной.

Выводы. Результаты исследования позволяют рекомендовать использование витаминов группы В в реабилитации детей с лямблиозом.

**Зыков А.М., Иванов Д.О., Ветров В.В.**

*Вологодская областная детская клиническая больница  
Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

## **СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ**

Наиболее частыми и тяжелыми осложнениями сахарного диабета (СД) является острый диабетический кетоацидоз (ДКА) и диабетическая кома (ДК). Эти жизнеугрожающие состояния являются актуальной проблемой в неотложной терапии детского возраста. ДКА развивается

ся в течение нескольких часов с тяжелейшими метаболическими проявлениями, переходящими в отек мозга, острую почечную недостаточность и приводящие к летальному исходу при прогрессировании синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). Тактика оказания помо-

ши больному СД определяется степенью декомпенсации заболевания, в крайне тяжелых случаях при отсутствии эффекта от общепринятой терапии, развитии осложнений на помощь приходят методы заместительной почечной терапии (ЗПТ), применение которых дает положительный результат в лечении. Смертность от ДКА в настоящее время составляет от 3% до 9%.

Цели и задачи. Уточнить критерии начала применения методов ЗПТ (гемодиализации, продленной гемодиализации) в лечении тяжелого кетоацидоза, осложненного СПОН.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 171 больных детей в возрасте от 3 м. до 18 лет, лечившихся от ДКА в отделении реанимации. Все больные по тяжести течения ДКА были распределены в три группы: 1 группа (74 человека) с ДКА 1-2 ст., лечение проводилось по протоколу с купированием ацидоза в 1-2сутки; 2

группа (84 пациента) – с ДКА 2-3ст., лечение получали по протоколу купированием ацидоза в течение 2-5суток; 3 группа (13 детей) – с крайне тяжелым течением болезни с присоединением клиники СПОН с лечением по протоколу с применением ЗПТ (данная группа больных с индексом вероятной летальности 70-95%).

Результаты. Летальных исходов во всех группах не было. Нами установлено, что применение методов продленной гемокоррекции у больных с ДКА необходимо начинать при: показателях  $pH < 7,0$ ;  $BE > -26$ , диабетической коме с начальными клиническими проявлениями СПОН и отсутствии эффекта от терапии. Раннее включение ЗПТ в курс лечения позволяет плавно и управляемо проводить лечение ацидоза, справляться и предотвращать развитие таких грозных осложнений как – отек мозга и легких, острую почечную недостаточность, синдром ДВС.

**Зяблицев Д.В., Бублик Я.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ ПОДГОТОВКИ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.**

Актуальность темы: реформирование экономики Донецкой народной республики повлекло за собой появление новых экономических отношений, вызвало значительный интерес к западным концепциям управления экономикой, методам анализа и прогнозирования развития рынка. Не является исключением и обязательное медицинское страхование, основанное целиком на рыночных принципах.

Материалы и методы: в настоящее время в Донецкой народной республике отсутствует какой-либо рыночный опыт функционирования субъектов обязательного медицинского страхования - застрахованных граждан; медицинских учреждений, работающих в системе медицинского страхования; страховых медицинских компаний. Построение рыночных отношений в системе обязательного медицинского страхования, в этой связи, возможно на основе заимствования мировых рыночных концепций и опыта Российской Федерации, приспособленных к условиям Донецкой народной республики. На первом этапе, как показывает опыт Российской Федерации, возможно функционирование двух систем управления, финансирования и оказания медицинской помощи: рыночная - система обязательного медицинского страхования, и нерыночная - система административного управле-

ния здравоохранением, которая мало в чем изменилась за последние десятилетия.

Важнейшими составляющими деятельности в условиях обязательного медицинского страхования являются маркетинговые исследования, представляющие собой систематический сбор, регистрацию и анализ данных по проблемам, относящимся к рынку медицинских услуг. Маркетинг в условиях обязательного медицинского страхования связан с обменом, осуществляемым на рынке медицинских услуг, целью которого является: достижение максимально возможного уровня потребления, достижение максимальной потребительской удовлетворенности, предоставление максимально широкого выбора услуг для максимального повышения качества жизни населения. Данный вид деятельности является новым как для лечебно-профилактических учреждений, так и для организаторов здравоохранения.

Товаром на рынке является медицинская услуга, которая характеризуется специфическими свойствами: она возникает только в момент потребления, в связи с чем не представляется возможным ее накопление и хранение, а необходимость в медицинской услуге оценивается ее получателем (покупателем) уже после получения этой услуги. При этом получение

медицинских услуг не сопровождается обменом стоимости между медицинским учреждениями и застрахованными гражданами. Связано это с тем, что получение медицинской помощи гарантировано застрахованному лицу в соответствии с договором страхования, который заключен между страхователем (как правило, работодатель) и страховой компанией. Страховые медицинские компании оплачивают услуги,

полученные застрахованным лицом в лечебно-профилактическом учреждении.

Выводы: работа в этих условиях имеет свои сложности и особенности и является новой для системы здравоохранения. Она потребует оценки рынка медицинских услуг, к чему необходимо подготовить организаторов здравоохранения в подготовительный период.

**Иваненко А.А., Юсупов Р.Ю., Белоцерковская М.А.**

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, Донецк.*

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА КАК ФАКТОРА РИСКА У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ**

В настоящее время сахарный диабет является широко распространенным заболеванием. Ряд исследований показал, что сахарный диабет является независимым фактором риска для развития ишемического инсульта.

Цель. Оценить влияние сопутствующего сахарного диабета как фактора риска у больных с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных сосудов.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 40 пациентов с сахарным диабетом, которым с 2010 по 2013 гг. в сосудистом отделении ИНВХ им.В.К.Гусака были выполнены операции на сонных артериях по поводу их атеросклеротического поражения. В качестве контроля была сформирована группа из 44 пациентов без сахарного диабета. Группы сопоставимы по возрасту (63,7±1,27 лет в группе сравнения, 61,5±1,35 лет в группе контроля) и полу. Пациенты с сахарным диабетом с более высокой вероятностью, чем пациенты без диабета имели ишемическую болезнь сердца (94,1 % против 72,7%,  $P < 0,01$ ) и гипертоническую болезнь (88,2 % против 68 %,  $P < 0,01$ ). У 23,5% больных с сахарным диабетом развилась диабетическая ангиопатия. Всем пациентам было проведено ультразвуковое доплеровское сканирование для определения морфологии бляшек и степени стеноза, СКТ головного мозга или магнитно-резонансная томография мозга. Степень хронической сосудисто-мозговой недостаточности оценивалась согласно классификации А.В.Покровского. Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью набора прикладных статистических программ «Microsoft Office 2010» и «STATISTICA 10.0».

Результаты и их обсуждение. В литературе встречаются противоречивые сведения по по-

воду того, влияет ли сахарный диабет на частоту деструкции и кальциноза атеросклеротических бляшек. Нами не было выявлено различий в частоте деструкции между сравниваемыми группами: в группе с сахарным диабетом деструкция бляшки встречалась в 55 % случаев, в группе контроля – в 52,3% случаев. Кальциноз бляшки был более широко распространен у пациентов без сахарного диабета – в 79,2%, чем у пациентов с сахарным диабетом – 17,5% ( $P < 0,0001$ ). Средняя длина бляшки в группе больных с сахарным диабетом составила 26,4 ± 2,16 мм, в контрольной группе - 20,6 ± 1,47 мм. Ускорение в зоне стеноза ВСА у больных с сахарным диабетом составило в среднем 221,7 см/с, в контрольной группе - 227,7 см/с.

Данные МРТ и КТ-исследований о наличии или отсутствии ишемических поражений головного мозга не выявили существенных различий между группами. Также не было достоверных различий по количеству симптомных и бессимптомных стенозов: в группе больных с сахарным диабетом признаки хронической сосудистой мозговой недостаточности были выявлены у 36 пациентов (90%), в группе контроля - у 41 пациента (93,2%). По степени хронической сосудисто-мозговой недостаточности пациенты были распределены таким образом: в группе больных с сахарным диабетом хроническая сосудисто-мозговая недостаточность 2 степени была у 26,7% всех симптомных пациентов, 3 степени – у 26,7%, 4 степени – у 46,7%. В группе контроля ХСМН 2 степени была у 36,6% всех симптомных больных, 3 степени – у 24,4%, 4 степени – у 39,0%. Таким образом, у больных сахарным диабетом чаще встречалась тяжелая степень хронической сосудисто-мозговой недостаточности.



Выводы. Анализ полученных данных не подтвердил, что сахарный диабет является фактором риска для развития деструкции и кальциноза атеросклеротической бляшки. При сахарном

диабете более выраженное поражение внутренней сонной артерии проявляется в увеличении длины бляшки, усилении тяжести хронической сосудисто-мозговой недостаточности.

**Иваницкая Н.Ф., Степанова М.Г., Мехова Г.А., Чермных С.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДНР**

Врожденные пороки развития (ВПР) являются одной из причин, приводящей к перинатальной, постнатальной смертности и детской инвалидизации. Согласно данным ВОЗ, ежегодно в мире рождается 4-6% детей с ВПР. В структуре перинатальной смертности ВПР составляют около 20%. Проведенные в разных странах исследования показали мультифакториальную природу этой группы заболеваний, т.е. на формирование ВПР оказывают влияние как генетические (30%), так и средовые (тератогенные – 10%) факторы. К тератогенным относят такие средовые факторы, которые оказывают негативное влияние на развитие эмбриона/плода и приводят к ВПР.

Изучение динамики частоты встречаемости, распространенности ВПР может быть использовано в качестве показателя экологического благополучия окружающей среды и уровня качества жизни населения, эффективности профилактических мероприятий.

Нами проведен ретроспективный анализ распространенности, заболеваемости структуры ВПР за период 2012 – 2016 г.г. на основе статистических данных Главного управления статистики ДНР (2012 – 2014 г.г.), данных за 2016 г. Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства (ДРЦОМД) и Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО). Результаты сравнения абсолютных данных за последние 5 лет показали тенденцию к снижению рождаемости детей с ВПР в 1,5 раза. В среднем количество всех случаев ВПР за исследуемый период составило 346 на 10 тыс. рожденных детей. Распространенность врожденных аномалий (пороков) развития, деформаций и хромосомных нарушений (Q00 – Q99) также имеют тенденцию к снижению в 1,02 раза. При этом в сельских районах наблюдает-

ся незначительное колебание показателей (17,8 – 16,5 на 10.тыс.), в то время как в городах отмечается резкое их снижение (18,0 в 2012 и 1,0 в 2014г. на 10.тыс.). Такое падение показателей заболеваемости ВПР в 2014г. объясняется, по-видимому, уменьшением количества жителей в городах в связи с началом военных действий на территории республики. В 2016 году, частота рождения детей с ВПР приблизилась к довоенной и составила 30,7 случаев на 1000 рожденных. По данным ДРЦОМД частота рождения детей с ВПР в 2016 г. составила 44 случая на 1000 рожденных, по данным ДОКТМО – 45,2 случая на 1000 рожденных. В структуре врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений на первом месте врожденные пороки сердца (18,7%), втором (14,3%) – пороки мочеполовой системы (гипоспадия, крипторхизм), третьем - пороки развития опорно-двигательного аппарата (врожденная косолапость, вывих колена), желудочно-кишечного тракта (врожденная кишечная непроходимость, атрезия ануса) – по 6,6%. Реже встречаются множественные врожденные пороки развития – 5,5%, аномалии развития ЦНС – 3,3% и хромосомные аномалии – 2,2%.

Таким образом, в целом за исследуемый период наблюдается тенденция к незначительному снижению показателей распространенности и заболеваемости ВПР. Такая невыраженная динамика показывает, что уровень спонтанных мутаций остается постоянным, несмотря на уменьшение количества загрязняющих окружающую среду веществ, обладающих тератогенным эффектом. Возможно, это также связано с повышением уровня стресса беременных женщин на фоне военных действий в республике.

**Иваницкая Н.Ф., Михайлова Т.В., Савченко М.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ОЦЕНКА КОНЦЕНТРАЦИЙ ОРГАНИЧЕСКИХ ТЕПЛОНОСИТЕЛЕЙ В РАБОЧЕЙ ЗОНЕ И АТМОСФЕРНОМ ВОЗДУХЕ НАСЕЛЕННЫХ МЕСТ**

Для промышленности синтезированы новые высокомолекулярные теплоносители – Армотерм и монобензилтолуол (МБТ). Армотерм применяется в качестве теплоносителя на Харьковском трубном заводе. МБТ будет применяться в качестве теплоносителя, позволяющего производить тонкое регулирование температурного режима производственных процессов, в также в виде жидкого диэлектрика для силового конденсаторостроения.

В литературе отсутствуют сведения о токсических свойствах и действии на организм Армотерма и МБТ. Синтез этих теплоносителей осуществляется при температуре (+110°C) - (+140°C), при этом образующиеся пары и аэрозоль под поверхностью жидкости, могут попадать в окружающую среду в случае не герметичности системы. С целью научного обоснования мер профилактики профзаболеваний в производстве теплоносителей МБТ и Армотерма нами изучена токсичность, опасность и характер биологического действия этих соединений и обоснована величина ПДК для МБТ и Армотерма в воздухе рабочей зоны и в атмосферном воздухе населенных мест, составлен токсикологический паспорт. Исследования проведены на лабораторных животных: белых крысах, мышах и морских свинках. Определяли среднесмертельные концентрации (CL50) исследуемых веществ при ингаляционной заправке мышей. По данным летальности рассчитывали DL50. Изучили пороги острого действия при однократной 4-х часовой

ингаляционной заправке крыс в различных концентрациях для МБТ и Армотерма. Аллергенные свойства изучали путем однократной внутрикожной сенсибилизации. Интегральными показателями интоксикации, наряду с внешним видом животных, служили: суммационно-пороговый показатель, двигательная активность, ориентировочная реакция и потребление кислорода.

Результаты исследований обработаны статистическими методами (лицензионная программа Medstat).

На основании результатов исследований рекомендована ПДК Армотерма и фракции МБТ в воздухе рабочей зоны. Отсутствие норматива для МБТ в атмосферном воздухе населенных мест и проектирование нового производства теплоносителей обуславливают опасность возможного неблагоприятного воздействия указанного соединения на здоровье населения. Источники загрязнения атмосферного воздуха – вентиляционный выброс вытяжной и общеобменной систем вентиляции при производстве новых органических теплоносителей – Армотерма и МБТ. В связи с этим нами проведено обоснование ориентировочно-безопасного уровня воздействия (ОБУВ) в атмосферном воздухе населенных мест, путем расчета по параметрам токсичности, ПДК в воздухе рабочей зоны и по физико-химическим свойствам с использованием уравнений.

**Иваницкая Н.Ф., Судья Д.А., Зоркова Е.В., Михайлова Т.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНТОКСИКАЦИИ СОЛЯМИ СТРОНЦИЯ ПО ИЗОФЕРМЕНТНОМУ СПЕКТРУ СЫВОРОТОЧНОЙ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ**

Целью исследования было изучение влияния солей стабильного стронция на состояние системы ацетилхолин-холинэстеразы. Эта система важна для процессов нервной регуляции в организме. Ацетилхолин (Ах) передатчик нервных импульсов, а фермент регулирует его количество, и ацетилхолин, поступающий в кровь из тканей, связываясь с эритроцитами, током кро-

ви разносится по организму и осуществляет регуляторную функцию.

В крови предполагают наличие двух взаимосвязанных систем инактивирования Ах – связывание эритроцитами (депонирование) и ферментативное его расщепление при участии ацетилхолинэстеразы и холинэстеразы. Соотношение между количеством Ах и ацетилхолинэстеразной активностью эритроцитов могут изме-

няться при попадании в организм антихолинэстеразных веществ или при некоторых заболеваниях. По данным литературы при хроническом действии солей стронция в крови и тканях животных повышается содержание Ах и проявляются морфологические изменения.

В связи с поставленной целью мы в эксперименте при затравке хлористым стронцием в течение 30, 60 и 90 суток, ежедневно вводили бесплодным собакам 2% раствор (1/30 LD50) соли хлористого стронция, из расчета 112 мг/кг массы тела. Влияние солей стронция исследовали также в модельной системе цельной крови. Используя большую чувствительность и высокую разрешающую способность метода диск-электрофореза в полиакриламидном геле, мы исследовали изоферментный спектр и свойства молекулярных форм сывороточной холинэстеразы. Изучена ацетилхолинэстеразная активность эритроцитов и холинэстеразная активность сыворотки крови и одновременно проведено определение Ах эритроцитов по стандартной методике. Оценивали количественное содержание изоферментов холинэстеразы.

Известно, что холинэстераза синтезируется в печени и выделяется в кровь. В связи с этим

степень активности холинэстеразы в крови отражает в определенной мере функциональное состояние печени. Полученные данные свидетельствуют о том, что наиболее чувствительным ферментом к ионам стронция является ацетилхолинэстераза эритроцитов.

Использование метода диск-электрофореза в полиакриламидном геле, позволило убедиться, что холинэстераза сыворотки крови собак представлена четырьмя молекулярными, то есть изоферментными формами. Результаты исследования свидетельствуют о том, что при введении солей стронция ингибируется только четвертый изофермент.

Особый интерес представляет активность фермента в первый экспериментальный период (30 суток): на уровне общей активности фермента изменений в этот период обнаружить не удалось, тогда как определение активности на изоферментном уровне является более чувствительным показателем интоксикации солями стронция. Так, четвертый изофермент ингибируется на 65% уже в первые 30 суток эксперимента. Эти данные позволяют определить интоксикацию солями стронция на раннем этапе ее развития.

**Игошина А.В., Статинова Е.А., Николенко В.Ю., Тищенко А.В., Ляхимец В.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

## **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ МЕТАНОМ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ**

Острые отравления метаном занимают по частоте второе место среди производственных отравлений у горнорабочих угольных шахт. В стадии декомпенсированной гипоксии нарушаются компенсаторные механизмы организма, развивается гипоксическая энцефалопатия.

Материал и методы. 72 горнорабочих с гипоксической энцефалопатией в результате отравления метаном в угольных шахтах Донбасса прошли углубленное обследование в КЛПУ „РКБПЗ” (Донецк). Их возраст от 20 до 54 лет, средний возраст (39,01 ± 0,8) лет, подземный стаж от 1,0 до 28 лет, в среднем (12,8 ± 0,8) лет. Были проанализированы основные неврологические синдромы у этих больных.

Материалы исследования обработаны методами вариационной статистики с оценкой среднего значения ( $\bar{x}$ ), его ошибки – (S), коэффициента корреляции (r), регрессии, критериев Хи-квадрат ( $\chi^2$ ), Крускала-Уоллиса (KW), медианного критерия ( $\mu$ ), достоверности статистиче-

ских показателей (p) с помощью лицензионных пакетов «Statistica 5.5» (Stat Soft Rus) и «Stadia 6.1».

Результаты исследования. У горнорабочих с энцефалопатией от острого отравления метаном наиболее частыми были вестибулярный синдром (55,55±5,85)%, астено-невротический синдром (51,38±5,89)%, вазомоторная цефалгия (48,61±5,89)%, ангиодистонический синдром (44,44±5,85)%, синдром вегетативно-сосудистой дистонии (41,66±5,81)%, артериальной гипертензии (27,77±5,27)%, астено-вегетативный синдром (13,88±4,07)%, а значительно более редкими – паркинсонический (9,72±3,49)%, астено-органический (8,33±3,25)% и психоорганический синдромы (4,16±2,35)%.

Тяжесть (Т) отравления метаном была прямо связана с вестибулярным синдромом (ВС) ( $r=0,39$ ,  $p=0,0007$ ) (Т была связана с ВС по формуле  $T = 0,6375 + 0,4562 \cdot BC$ ), а развитие вестибулярного синдрома свидетельствует о бо-

лее тяжелом течении отравления ( $kKW=11,17$ ,  $p=0,0038$ ;  $Mt=0,00$ ,  $p=1,00$ ). Тяжесть отравления метаном была прямо связана с паркинсоническим синдромом (ПС) ( $r=0,34$ ,  $p=0,0032$ ) (Т была связана с ПС по формуле  $T = 0,7668 + 0,4695 \cdot \text{ПС}$ ), а развитие паркинсонического синдрома свидетельствует о более тяжелом течении отравления ( $kKW=9,35$ ,  $p=0,0093$ ;  $Mt=9,48$ ,  $p=0,0087$ ). Тяжесть отравления метаном была прямо связана с астено-невротическим синдромом (АНС) ( $r=0,34$ ,  $p=0,0033$ ) (Т была связана с АНС по формуле  $T = 0,7452 + 0,3977 \cdot \text{АНС}$ ), а развитие астено-невротического синдрома свидетельствует о более тяжелом течении отравления ( $kKW=8,30$ ,  $p=0,0157$ ;  $Mt=0,00$ ,  $p=1,00$ ). Тяжесть отравления метаном была прямо связана с артериальной гипертензией (АГ) ( $r=0,64$ ,  $p<0,001$ ) (Т была связана с АГ по формуле  $T = 0,2808 + 0,8346 \cdot \text{АГ}$ ), а развитие артериальной гипертензии свидетельствует о более тяжелом течении отравления ( $kKW=34,15$ ,  $p<0,001$ ;  $Mt=34,63$ ,  $p<0,001$ ). Тя-

жесть отравления метаном была прямо связана с психоорганическим синдромом (ПОС) ( $r=0,35$ ,  $p=0,0023$ ) (Т была связана с психоорганическим синдромом по формуле  $T = 0,2754 + 1,029 \cdot \text{ПОС}$ ), а развитие психоорганического синдрома свидетельствует о более тяжелом течении отравления ( $kKW=8,89$ ,  $p=0,0117$ ;  $Mt=9,02$ ,  $p=0,0110$ ). Тяжесть отравления метаном была прямо связана с астено-органическим синдромом (АОС) ( $r=0,25$ ,  $p=0,0326$ ) (Т была связана с АОС по формуле  $T = 0,7727 + 0,5303 \cdot \text{АОС}$ ), но развитие астено-органического синдрома существенно не влияло на течение отравления ( $kKW=4,61$ ,  $p=0,0993$ ;  $Mt=4,68$ ,  $p=0,0961$ ).

Таким образом, на тяжесть течения отравления в первую очередь влияет развитие таких неврологических синдромов, как вестибулярный, паркинсонический, астено-невротический и артериальной гипертензией, а также психоорганический синдром.

**Игошина А.В., Николенко В.Ю., Николенко О.Ю., Ладария Е.Г., Ринсевич Ю.С.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **РАЗРАБОТКА ПОЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОРНОРАБОЧИХ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАНОМ**

Основным механизмом поражения при отравлении метаном является развитие гипоксической гипоксии. Поэтому в основе терапии лежит комплексное лечение: гипербарическая оксигенация и препараты с антиоксидантным действием, прежде всего „Нуклео-ЦМФ“.

Материал и методы. Обследовано 32 горнорабочих, пострадавших вследствие острого отравления метаном. Контролем были 30 горнорабочих аналогичного возраста и стажа. ГБО проводили пострадавшим с острыми отравлениями метаном в барокамерах типа ОКА-МТ. За 3 часа перед сеансом ГБО вводили внутримышечно „Нуклео-ЦМФ“ 2 мл раствора. Для повышения эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим каждый случай острого отравления метаном ведется с соблюдением этапности. Первый этап (догоспитальный) – медицинская помощь оказывается непосредственно на рабочем месте. Второй этап (госпитальный) – пострадавшие горнорабочие госпитализируются непосредственно в клинику профзаболеваний, где проводятся специально разработанные реабилитационные мероприятия вторичной профилактики и решаются вопросы дальнейшей трудоспособности пострадавших. Непос-

редственно после госпитализации проводится осмотр пострадавших горнорабочих, назначается углубленное функциональное и лабораторное обследование. Заключительный этап – решение врачебно-консультативной комиссией вопросов, касающихся дальнейшей трудоспособности пострадавшего.

Результаты исследований. После проведения вторичной профилактики курсом ГБО с „Нуклео-ЦМФ“ у больных горнорабочих с острым отравлением метаном достоверно уменьшилось количество таких симптомов, как головная боль с ( $87,5 \pm 4,41$ ) % до ( $62,5 \pm 6,46$ )% ( $\chi^2=5,33$ ,  $p=0,0209$ ), головокружение с ( $81,25 \pm 5,21$ ) % до ( $46,87 \pm 6,66$ ) % ( $\chi^2=8,21$ ,  $p=0,0042$ ), слабость с ( $81,25 \pm 5,21$ ) % до ( $53,12 \pm 6,66$ ) % ( $\chi^2=5,74$ ,  $p=0,0166$ ), тошнота с ( $75,0 \pm 5,78$ ) % до ( $43,75 \pm 6,62$ ) % ( $\chi^2=6,48$ ,  $p=0,0109$ ), недомогание с ( $56,25 \pm 6,62$ ) % до ( $15,62 \pm 4,85$ ) % ( $\chi^2=11,47$ ,  $p=0,0007$ ), забывчивость с ( $40,62 \pm 6,56$ ) % до ( $15,62 \pm 4,85$ ) % ( $\chi^2=4,95$ ,  $p=0,0261$ ), сердцебиение с ( $25,0 \pm 5,78$ ) % до ( $6,25 \pm 3,23$ ) % ( $\chi^2=4,27$ ,  $p=0,0389$ ), потливость с ( $28,12 \pm 6,0$ ) % до ( $6,25 \pm 3,23$ ) % ( $\chi^2=5,38$ ,  $p=0,0204$ ), повысилась сниженная жизненная активность с ( $53,12 \pm 6,66$ ) % до ( $15,62 \pm 4,85$ ) % ( $\chi^2=9,97$ ,  $p=0,0016$ ), и не существенно снизились жалобы на бессонницу с



(50,0±6,68) % до (28,12±6,0) % ( $\chi^2=3,22$ ,  $p=0,0729$ ), раздражительность с (6,25±3,23) % до (3,12±2,32) % ( $\chi^2=0,35$ ,  $p=0,5543$ ), эмоциональную лабильность с (37,5±6,46) % до (18,75±5,21) % ( $\chi^2=2,78$ ,  $p=0,0953$ ), потемнение в глазах с (9,37±3,89) % до (3,12±2,32) % ( $\chi^2=1,07$ ,  $p=0,3017$ ).

**Игошина А.В., Статинова Е.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКИЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ МОНООКСИДОМ УГЛЕРОДА**

Самым частым видом отравлений на рабочих местах в угольных шахтах Донбасса являются отравления монооксидом углерода. При отравлении монооксидом углерода развивается гемическая и тканевая гипоксия, что приводит к развитию токсико-гипоксической энцефалопатии, проявляющейся самыми различными неврологическими синдромами. Поэтому важно анализировать неврологические проявления токсико-гипоксической энцефалопатии у горнорабочих угольных шахт Донбасса при разработке новых подходов к их реабилитации.

**Материал и методы.** 88 горнорабочих с токсико-гипоксической энцефалопатией в результате отравления монооксидом углерода в угольных шахтах Донбасса прошли углубленное обследование в КЛПУ „РКБПЗ” (Донецк). Их возраст от 21 до 72 лет, средний возраст (40,8 ± 1,1) лет, подземный стаж от 1,0 до 45 лет, в среднем (14,1 ± 0,8) лет. Были выделены основные неврологические синдромы у этих больных.

Материалы исследования обработаны методами вариационной статистики с оценкой среднего значения ( $\bar{X}$ ), его ошибки ( $S$ ), коэффициента корреляции ( $r$ ), регрессии, критериев Хи-квадрат ( $\chi^2$ ), Крускалла-Уоллиса ( $KW$ ), медианного критерия ( $\mu$ ), достоверности статистических показателей ( $p$ ) с помощью лицензионных пакетов «Statistica 5.5» (Stat Soft Rus) и «Stadia 6.1».

**Результаты.** Среди горнорабочих с острым отравлением монооксидом углерода наиболее распространенными были следующие синдромы: вестибулярный (45,45±5,30)%, вегетативно-сосудистой дистонии (34,09±5,05)%, астено-невротический синдром (26,13±4,68)%, ангиодистонический (23,86±4,54)%, артериальной гипертензии (19,31±4,20)%, паркинсонический (11,36±3,38)%, а значительно более редкими – вазомоторная цефалгия (5,68±2,46)%,

Таким образом, новый подход в виде этапной медицинской помощи и разработка комплекса профилактических мер для пострадавших горнорабочих вследствие острого отравления метаном на угольных шахтах Донбасса позволяет повысить уровень оказания медицинской помощи пострадавшим горнорабочим.

астено-органический (3,40±1,93)%, астено-вегетативный (1,13±1,13)% и психоорганический синдромы (1,13±1,13)%.

Тяжесть ( $T$ ) отравления монооксидом углерода имела прямую связь с вестибулярным синдромом ( $BC$ ) ( $r=0,39$ ,  $p=0,0001$ ) (тяжесть имела связь с вестибулярным синдромом по формуле  $T = 0,843 + 0,4631*BC$ ), а развитие вестибулярного синдрома свидетельствует о более тяжелом течении отравления ( $kKW=18,27$ ,  $p=0,0001$ ;  $Mt=18,48$ ,  $p=0,0001$ ). Тяжесть отравления монооксидом углерода имела прямую связь с ангиодистоническим синдромом ( $АГД$ ) ( $r=0,36$ ,  $p=0,0005$ ) (тяжесть имела связь с ангиодистоническим синдромом по формуле  $T = 0,8941 + 0,5029*АГД$ ), а развитие ангиодистонического синдрома свидетельствует о более тяжелом течении отравления ( $kKW=15,84$ ,  $p=0,0004$ ;  $Mt=16,02$ ,  $p=0,0003$ ). Тяжесть отравления монооксидом углерода была связана с артериальной гипертензией ( $АГ$ ) ( $r=0,45$ ,  $p<0,001$ ) (тяжесть была связана с артериальной гипертензией по формуле  $T = 0,7017 + 0,6785*АГ$ ), а развитие артериальной гипертензии свидетельствует о более тяжелом течении отравления ( $kKW=22,89$ ,  $p<0,001$ ;  $Mt=23,16$ ,  $p<0,001$ ). Тяжесть отравления монооксидом углерода была связана с вазомоторной цефалгией ( $ВМЦ$ ) ( $r=-0,21$ ,  $p=0,0443$ ) (тяжесть была связана с вазомоторной цефалгией по формуле  $T = 2,0843 + 0,5422*ВМЦ$ ), а развитие вазомоторной цефалгии свидетельствует о более легком течении отравления ( $kKW=15,84$ ,  $p=0,0004$ ;  $Mt=16,02$ ,  $p=0,0003$ ).

Таким образом, на тяжесть течения отравления в первую очередь влияет развитие таких неврологических синдромов, как вестибулярного, ангиодистонического, артериальной гипертензии, а более легкое течение связано, прежде всего, с вазомоторной цефалгией.

Кардашевская Л.И., Сапранков В.Л., Михайличенко Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Медицинский центр «Формула здоровья», г. Тихорецк, Краснодарский край, Россия

## ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФАКТОРОВ РИСКА И ТЕЧЕНИЯ ОКС В ПЕРИОД ВОЕННОГО КОНФЛИКТА И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ

Цель исследования. Анализ структуры факторов риска развития острого коронарного синдрома (ОКС) и особенностей его течения у мужчин и женщин в условиях военного конфликта и экономической блокады Донбасса.

Материал и методы исследования. Нами проведено ретроспективное исследование историй болезней пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) и нестабильной стенокардией (НС), лечившихся в клинике Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в течение 2015г. Изучали особенности структуры факторов риска (ФР), клинического течения, наличия осложнений и исходов ОКС у мужчин и женщин.

Результаты. Проанализированы 177 историй болезней пациентов с ОКС: мужчин/ женщин 115/62. Распределение по возрасту: мужчины до 40 – 2 (1,73%), 40-55 – 30 (26,12%), 55-70 – 65 (56,5%), старше 70 лет – 18 (15,65%); женщины до 40 – 0, 40-55 – 8 (13%), 55-70 – 30 (48%), старше 70 лет – 24 (39%). Сахарным диабетом страдало 18 муж. (15,6%) и 25 жен. (40,3%); АГ выявлена у 93 муж. (80,8%) и 57 жен. (91,9%); ожирение – у 35% муж. и 41,4% женщин. Дислипидемия выявлена у 78% мужчин и 95% женщин. ИМ, инсульт в анамнезе у 68 мужчин (58,2%) и 30 женщин (48,3%). По результатам 74 коронароангиографий (КАГ) у мужчин выявлено: поражение  $\geq 2$  сосудов в 48 сл. (64,9%); 1-го сосуда – в 22 сл. (29,7%), русла ПКА в 5 сл. (6,7%) и ЛКА в 17 случаях (23%); интактными КА оказались в 4 случаях (5,4%). По результатам 33 КАГ у женщин выявлено: поражение  $\geq 2$ -х сосудов в 16 случаях (48,5%); 1-го сосуда в 9 случаях (27,3%), русла ПКА в 2 случаях (6,1%) и ЛКА в 17 случаях (21,2%); интактными КА в 8 случаях (24,2%). В исходе ОКС у мужчин стабилизация наступила в 56 случаях (48,6%), ИМ развился в 39 случаях (33,9%). У женщин стабилизация наступила в 32 случаях (51,6%), ИМ развился в 21 случае (33,8%). По данным ЭхоКГ у мужчин: фрак-

ция выброса (ФВ)  $< 40\%$  наблюдалась в 19,7% случаев; ФВ 40-49 % – в 19,7 %; ФВ  $\geq 50$  % – в 60,6 %. По данным ЭхоКГ у женщин: ФВ  $< 40$  % выявлена в 2,6 % случаев; ФВ 40-49 % – в 23,7 %; ФВ  $\geq 50$  % – в 73,7 %. По наличию аритмий в клинике ОКС: потенциально опасные аритмии (ФП, ТП) у мужчин обнаружены в 18 случаях (15,6 %), у женщин – в 14 случаях (22,5%); опасные аритмии (ФЖ или ЖТ) у мужчин не были обнаружены, у женщин наблюдались в 1 случае (1,61 %).

Выводы. АГ оказалась основным ФР ОКС как у мужчин (80,8 %), так и у женщин (91,9 %). Максимальная встречаемость АГ у мужчин наблюдалась в возрасте 40-55 лет, а у женщин – в возрасте старше 70 лет.

Другим значимым ФР у мужчин было ожирение; реже мужчины страдали сахарным диабетом. У женщин оба ФР встречались одинаково часто: ожирение в 41,4 %, а сахарный диабет – в 40,3 %. Дислипидемия выявлялась достоверно чаще у женщин. У мужчин чаще в анамнезе наблюдались ИМ, инсульты.

ОКС у мужчин развивался в 2 раза чаще, чем у женщин. Пик ОКС у мужчин приходился на возраст 40-70 лет, а у женщин – на более старший возраст – после 55 лет и старше 70. Частота однососудистого поражения по данным КАГ у мужчин и женщин была равной, у мужчин преобладало поражение 2 сосудов и почти не встречались интактные сосуды. У женщин интактные сосуды встречались в 24,2 % случаев.

В исходе ОКС как у мужчин, так и у женщин различий не было, достоверно преобладала стабилизация над ИМ. СН со сниженной и пограничной ФВ у мужчин встречалась одинаково часто, недостоверно преобладала СН с сохраненной ФВ. У женщин СН со сниженной ФВ почти не встречалась (2,6 %), достоверно преобладала СН с сохраненной ФВ. У женщин чаще, чем у мужчин, встречались нарушения ритма и проводимости.

Кателенец М.О.<sup>1</sup>, Пронин И.В.<sup>1</sup>, Чайка О.О.<sup>2</sup>, Торба А.В.<sup>2</sup>, Лящук А.В.<sup>2</sup>, Нижельский В.Е.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Луганская республиканская клиническая больница»

<sup>2</sup>ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Наличие трофических язв значительно сказывается не только на физическом состоянии больного, но и является значительным фактором, ведущим к ухудшению психологического здоровья, социальному ограничению, инвалидизации. Наличие широко арсенала различных методов оперативного и консервативного лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) делает актуальным вопрос об наиболее эффективном и при этом малотравматичном методе лечения.

Цель исследования. Обобщить опыт лечения ХВН в стадии трофических расстройств с целью оптимизации оказания помощи данной категории больных.

Материалы и методы. Отделение трансплантации и сосудистой хирургии ГУ «ЛРКБ» ЛНР располагает опытом лечения 113 больных в период с января 2014 по август 2017. Все больные относились к классу С6 согласно классификации СЕАР. У 15 (13,3%) больных с рецидивом трофической язвы. Длительность наличия язвы составила от 6 нед. до 18 мес. Мужчин – 73 (64,6%), женщин – 40 (35,4%). Возраст больных составил от 45 до 77 лет. В 61 (54%) случаях язвы имели варикозную этиологию, в 52 (46%) – имела место посттромботическая болезнь. Все больные были обследованы согласно стандартам клинических протоколов, с обязательным ультразвуковым дуплексным сканированием и цветным доплеровским картированием кровотока. Во всех случаях использовалась комплексная поэтапная терапия. На I этапе всем больным назначалась постоянная эластическая компрессия с давлением 34–46 мм.рт.ст. на уровне лодыжки в дневное время и 23–32 мм.рт.ст. на период сна. В составе комплексной терапии: МОФФ в дозировке 1000 мг/сут, антигипоксанты, дезагреганты, противоотечные препараты. По показаниям проводилась антибактериальная терапия. Мест-

ное лечение включало атрауматические повязки с антисептиками или применение компрессионного набора Medi “ulcer cit”. На II этапе осуществлялась оперативная коррекция венозного рефлюкса. Больным с варикозной болезнью при диаметре БПВ менее 15 мм выполнялись: кроссэктомия + эндовенозная лазерная коагуляция, либо кроссэктомия + интраоперационная стволовая микропенная склерооблитерация. В случае диаметра БПВ более 15 мм выполнялось оперативное пособие в объеме: кроссэктомия + короткий стриппинг. В послеоперационном периоде всем больным проводили микропенную склерооблитерацию отдельных притоков БПВ и перфорантов на голени под ЭХО-контролем. В случае посттромботической болезни первоначально выполнялась склеротерапия перфорантов, а после – оперативное лечение. На III этапе больные продолжали использовать эластическую компрессию, соответствующую III классу до полной эпителизации язвы, приём МОФФ 1000 мг/сут до 6 мес.

Результаты и обсуждение. При использовании вышеуказанного алгоритма терапии язвенных форм ХВН длительность заживления трофического дефекта составила от 22 до 48 дней, в среднем – 35 дней. Положительный результат в виде полной эпителизации мы наблюдали в 109 (96,5%) случаях. В 4 случаях для ускорения заживления язвы была выполнена аутодермопластика расщепленным перфорированным лоскутом.

Выводы. Лечение больных с трофическими язвами должно быть этапным, включать сочетание компрессионной терапии и малоинвазивных методик коррекции венозного рефлюкса. С целью скорейшей ликвидации патогенетических механизмов образования язвы оправдано раннее использование оперативных методов коррекции.

Киреев И.А., Чмырь Н.Э., Колесников А.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (ГОРМОНОЗАВИСИМЫЙ ВАРИАНТ) С НАРУШЕНИЯМИ ГЕМОДИНАМИКИ

Выявление гормонозависимого варианта бронхиальной астмы является мало освещенным вариантом течения болезни и представляет отчетливую трудность в целях лечения и терапии острого периода заболевания.

Цель – выявить основные патофизиологические механизмы ставшие звеньями танатогенеза у пациентки с бронхиальной астмой.

Выписка из истории болезни. Больная М. 1966 г. Поступила в стационар: (19.07.17). Больная доставлена бригадой СМП из дома. Ухудшение состояния у больной в течение последних 2 суток, когда появилась общая слабость, выраженная одышка, перестала отходить мокрота. В течение последних дней пользовалась ингалятором большое количество раз. Госпитализирована ввиду тяжести состояния, одышки, снижения сатурации кислорода до 80%.

Анамнез vitae. Вирусный гепатит 1990 г. С 15 лет страдает бронхиальной астмой, пользуется ингалятором. Принимала 4 таблетки полькортолона, в настоящее время принимает 2 таблетки. Вследствие длительного приема гормонов у больной остеопороз, поражение кожи. Аллергологический анамнез – не переносит анальгин, димедрол, аспирин. Больная не работает, Инвалид 1 группы по бронхиальной астме.

Status praesens: Общее состояние больной крайне тяжелое. Сознание на уровне легкого оглушения. На простые вопросы отвечает правильно, после паузы, быстро истощается из-за одышки. Положение в кровати с возвышенным головным концом и на боку. Пониженного питания. Жалобы на общую слабость, выраженную одышку, чувство нехватки воздуха, кашель. Ресничный рефлекс живой. Очаговой неврологической симптоматики и менингеальных знаков нет. Зрачки равны, узкие, фотореакция живая. Не лихорадит. Лицо лунообразно. Цианоз губ, акроцианоз, мраморный рисунок кожных покровов выражен. На коже конечностей изменения по типу келлоида, гиперпигментация. Дыхание самостоятельное, до 28 в минуту. Аускультативно над легкими жесткое дыхание, ослаблено в нижних и средних отделах с обеих сторон, над всеми полями сухие свистящие хрипы, в нижних отделах выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. АД 100/60 мм. рт. ст., ЧСС 112 ударов в минуту ритмичный. Язык влажный. Отеки

голеней и стоп. Правая нога больше, чем левая, деформация стопы справа. Рубцы после вскрывшихся гематом.

Синдром Черджа-Стросса (СЧС) эозинофильное гранулематозное воспаление с вовлечением дыхательных путей и некротизирующий васкулит, поражающий сосуды малого и среднего калибра, сочетающийся с бронхиальной астмой и эозинофилией, относится к системным васкулитам. Из этой группы СЧС выделяют 6 основополагающих особенностей: манифестация бронхиальной астмы; увеличение более чем на 10% количества эозинофилов; моно- или полинейропатия; легочные инфильтраты летучего характера; синуситы; внесосудистое скопление эозинофилов в тканях. В данном клиническом случае у больной нет эозинофилии, легочных инфильтратов. Гранулематоз Вегенера (в настоящее время болезнь называется гранулематоз с полиангиитом) – аутоиммунное гранулематозное воспаление стенок сосудов (васкулит), захватывающее мелкие и средние кровеносные сосуды: капилляры, вены, артериолы и артерии, с вовлечением верхних дыхательных путей, глаз, почек, лёгких и других органов. Относится к системным ассоциированным некротизирующим васкулитам (АНЦА). Наблюдается кожный васкулит с язвенно-геморрагическими высыпаниями упорного насморка с гнойно-геморрагическим отделяемым. У пациентки есть васкулит (без признаков аутоиммунной природы), но нет изъязвлений слизистой носа. Микроскопический полиангиит (микроскопический полиартериит) – заболевание из группы системных васкулитов, характеризующееся поражением сосудов мелкого калибра с явлениями некротизирующего гломерулонефрита и легочного капиллярита. Дебют микроскопического полиангиита характеризуется появлением неспецифических гриппоподобных симптомов: субфебрильной температуры тела, мигрирующих миалгий и артралгий, общей слабости, недомогания, ночной потливости. Примерно у трети больных развивается поражение верхних дыхательных путей (язвенно-некротический или атрофический ринит, синусит, средний отит) и зрительной системы (конъюнктивит, кератит, эписклерит, увеит). Эти изменения обратимы и подвергаются обратному развитию на фоне те-



рапии иммунодепрессантами, что в случае с пациенткой не дало результатов. Так же отсутствовала лихорадка, поражение зрительной системы и верхних дыхательных путей.

Таким образом, учитывая анамнез заболевания, данные объективного осмотра, у больной бронхиальная астма гормонозависимый вариант, бронхообструктивный, бронхоспастический синдром, Дыхательная недостаточность 3 степени, левосторонняя плевропневмония на фоне бронхиальной астмы, хроническое обструктивное заболевания легких 2 степени.

Осложнения: бронхообструктивный, бронхоспастический синдром, легочное сердце, коагулопатический синдром, энцефалопатия, остеопороз, стероидная атрофия кожи. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, недостаточность кровообращения 2А степени. Посттромбофлебитический синдром, отек легких, мозга. Кахексия.

За время лечения в отделении общее состояние больной оставалось крайне тяжелое. Прогрессировали и нарастали явления полиорганной недостаточности: сердечно-сосудистой, церебральной, дыхательной, почечной. 27.07.17 у больной на фоне прогрессирующей гипотонии, несмотря на введение вазопрессоров в возрастающих дозах, зафиксирована остановка сердечной деятельности.

Сложность дифференциальной диагностики патологического состояния, связана с нарушениями гемодинамики при гормонозависимом варианте бронхиальной астмы и сходными с другими видами системных патологий, причину которых сложно заметить под множественными неспецифическими жалобами. Тромбофлебические расстройства связаны с бесконтрольным приемом адреномиметиков и гормональных препаратов, что и явилось причиной смерти.

**Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В., Колкина В.Я., Филахтов Д.П.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

## **НЕОТЛОЖНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ДИАФРАГМЫ**

Актуальность проблемы. Возрастающая встречаемость острых патологических состояний диафрагмы, помноженная на слабое знакомство практических врачей с этой патологией все больше привлекает внимание хирургов. Во многом ситуация усугубляется многообразием форм и вариантов клинического течения этих состояний, особенно в случаях их осложнённого течения. По-видимому, целый ряд вопросов, касающихся диагностики и лечения данной патологии, оставаясь в чем-то дискуссионными, не теряют своей актуальности и сегодня.

Цель работы - улучшение диагностики и результатов лечения больных с острой и осложненной хирургической патологией диафрагмы.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. проф. К.Т.Овнатаняна Донецкого национального медицинского университета за период с 2007 по июль 2017 года находились на лечении 202 больных с разнообразными видами хирургической патологии диафрагмы. Анализу подвергся материал, включающий 129 пациентов с клинико-рентгенологическими проявлениями, имеющейся у них острой и осложненной патологией диафрагмы. У 40 пострадавших диагностированы свежие ранения диафрагмы, а у 89 пациентов констатированы осложненные формы течения различных видов диафрагмальных

грыж (ущемление абдоминальных органов при острых ранениях и грыжах диафрагмы - 15, эрозивно-язвенный эзофагит - 42, анемия - 20, пищеводно - желудочное кровотечение - 2, высокая желудочно-кишечная непроходимость, обусловленная заворотом желудка - 10). Лишь 59% пациентов с осложненными формами диафрагмальной патологии поступили в клинику с правильным и своевременно установленным диагнозом.

С целью диагностики, по показаниям, использовались исследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, рентгенконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта, фиброэзофагогастроудоденоскопия, компьютерная томография и др. методики.

Результаты и обсуждение. У подавляющего большинства пациентов с ранениями диафрагмы (40) и различными видами диафрагмальных грыж (89), операция заключалась в мобилизации грыжевого содержимого из сращений (если таковые имелись), низведении абдоминальных органов в брюшную полость и ушивании дефекта диафрагмы или пластики пищевода отверстия. Одному больному с посттравматической диафрагмальной грыжей после неудачной операции, ранее выполненной по месту житель-

ства, потребовалось замещение проленовой сеткой 60% левого купола диафрагмы и значительного участка перикарда. У пациентов с осложненным течением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, последняя устранена с помощью, разработанной нами методики – пластики пищеводного отверстия (патент Российской Федерации № 764665).

Умерли 3 оперированных больных (один – в связи с тромбоэмболией ствола легочной артерии и 2 - в результате отека легких и головно-

го мозга, возникших после операции, в связи с дооперационной пролонгацией полной острой высокой желудочно-кишечной непроходимостью). Остальные пациенты выздоровели.

Заключение. Наш опыт свидетельствует о возрастающей встречаемости приведенных патологических состояний, к сожалению, далеко не всегда узнаваемых практическими врачами, что нередко обуславливает запоздалое лечебное пособие пациентам.

**Колкин Я. Г., Вегнер Д. В., Ступаченко О. Н., Сидоренко Ю. А., Филахтов Д. П.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА**

**Введение.** Несмотря на приобретенный опыт, лечение ранений сердца остаётся достаточно сложной задачей. Сохраняется высокая послеоперационная летальность и отсутствует тенденция к снижению различных послеоперационных осложнений.

**Цель работы:** Проанализировать литературные данные и собственные наблюдения с целью оптимизации диагностики и максимального ускорения адекватного лечебного пособия пострадавшим с ранениями сердца.

**Материал и методы:** За период с 2000г. по 2016г. в клинике хирургии имени проф. К. Т. Овнатяна на лечении находилось 64 пациента с ранениями сердца. Диагностика ранений сердца основывалась на применении общепринятых методов исследования. Основными из них являлись общеклинические, рентгенисследование органов грудной полости, электрокардиография, ультразвуковые методы исследования.

**Результаты и обсуждение:** Переходя к характеристике непосредственно ранений сердца, сразу хочется подчеркнуть доминирование левосторонней локализации входного отверстия раневого канала. У 97,3 % пациентов входное отверстие раневого канала находилось в проекции сердца и только в 2,7 % - вне ее. Огромное значение имело время, прошедшее от нанесения ранения сердца до доставки пострадавших в стационар. В первые 30 минут с места ранения поступило 21,3 % пациентов, до 1 часа – 51,4 %, свыше одного часа – 13,9 %. В 13,5 % случаев время травмы установить не удалось.

Большинство пострадавших были доставлены в тяжелом состоянии (47,1 %), в состоянии

средней тяжести госпитализировано 19,2 % пациентов, в терминальном – 21,4 %, в состоянии клинической смерти – 12,3 %.

Достаточно специфическим и весьма достоверным симптомокомплексом ранения сердца являлся гемоперикард и, как следствие – тампонада сердца. Кровоизлияние в полость перикарда более 200 – 250 мл крови, особенно за короткий период, неизбежно приводило к развитию тампонады сердца. При наличии этого симптома (60,2 %) диагноз ранения сердца считался нами бесспорным. В наших наблюдениях различной выраженности наружное кровотечение имело место в 93,2 % случаев, из которых у 9 % пострадавших оно было профузным.

Ввиду того, что пострадавшие с ранением сердца нуждаются в незамедлительном оперативном вмешательстве, предоперационная подготовка проводилась в быстром темпе и в кратчайший срок. Фактически, предоперационная подготовка пострадавших начиналась уже с момента оказания первой медицинской помощи на месте происшествия и продолжалась во время транспортировки в стационар, вплоть до операции, очень тесно переплетаясь с реанимационными мероприятиями. Последние всегда должны опережать оперативное вмешательство, однако на практике все необходимые манипуляции проводились уже в операционной, параллельно с операцией. Срочное хирургическое вмешательство рассматривалось как главный компонент в совокупности реанимационных мероприятий.

**Выводы.** Проникающие ранения груди являются тяжелым видом повреждений и сопро-

вождаются большим количеством осложнений. Своевременная доставка в хирургический стационар таких пострадавших и своевременно выполненная операция является залогом благоприятного исхода. При необходимости вы-

полнение хирургического пособия у пациентов с ранениями сердца должно выполняться без пролонгации на дополнительные методы исследования и предоперационную подготовку.

**Колкин Я.Г., Зубов А.Д., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Греджев Ф.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкий диагностический центр*

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

Цель работы - показать возможности прицельной тонкоигольной пункции с последующим катетерным дренированием по Сельдингеру при лечении больных с панкреонекротическим абсцессом (ПА) и панкреонекротической флегмоной (ПФ).

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 107 больных с ПА и ПФ, которым удалось выполнить миниинвазивное катетерное лечение под ультразвуковым контролем. Среди них – 71 (66%) мужчина и 36 (34%) женщины в возрасте от 24 до 75 лет. В 60 (56%) случаев инфицированный панкреонекроз имел алиментарно-алкогольное происхождение, в 47 (44 %) - явился осложнением жёлчнокаменной болезни (ЖКБ). Различные сопутствующие заболевания выявлены у 78 (73,5%) пациентов. Панкреонекротический абсцесс обнаружен у 41 (38,4%) больного, панкреонекротическая флегмона – у 66 (61,6%).

Пациентам выполнены в разных сочетаниях следующие методы исследования: клинко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная или магнитно-резонансная томография.

Результаты и обсуждение. Наиболее информативными методами исследования больных инфицированным панкреонекрозом явились ультразвуковой и компьютерная томография с контрастированием. Пациенты получали комплексное лечение, включающее антибиотики, инфузионную терапию, сандостатин, 5-фторурацил, даларгин, рабелок, мексидол, парантеральное и раннее зондовое питание, плазмаферез, экстракорпоральную детоксикацию. 23 больным с жёлчнокаменной болезнью и стенозом фатерова сосочка выполнили эндоскопическую ретроградную папиллосфинктеротомию.

107 пациентам выполнена прицельная тонкоигольная пункция под контролем УЗИ. У большинства этих больных в очагах инфицированно-

го панкреонекроза преобладали жидкий гной и мелкие секвестры. При обнаружении гноя пункцию дополняли катетерным дренированием по принципу Сельдингера. Нередко для удаления секвестров приходилось использовать катетеры возрастающего диаметра. Для профилактики развития синдрома системной воспалительной реакции с полиорганной недостаточностью пациентов стремились оперировать в течение 3 – 4 нед от начала заболевания.

После малоинвазивного дренирования состояние 72 (67,2) больных улучшилось, что позволило завершить лечение без лапаротомии. В 35 (32,8%) случаях, когда большие секвестры не удавалось удалить через широкие катетеры, выполняли конверсию в лапаротомию. При малоэффективной 8 – 10-суточной миниинвазивной санации также ставили показания к лапаротомному вмешательству.

После малоинвазивного лечения различные осложнения отмечены в 27 (25,3%) наблюдениях. Причинами смерти у 13 (12,6%) чел. явились: септический шок и полиорганная недостаточность – 8, перитонит – 4, кровотечение – 1.

Выводы. По нашим данным, миниинвазивное катетерное дренирование под контролем УЗИ может использоваться в качестве способа завершения диагностики и стартового лечения пациентов ИП, когда преобладает жидкий гной в панкреонекротических абсцессах и эпигастральных флегмонах. При неэффективности такого лечения в течение 8 – 10 суток или наличии больших секвестров показаны лапаротомия и формирование поперечной оментобурсопанкреатостомии. Снижению количества послеоперационных осложнений и летальности способствуют интенсивное комплексное лечение и срочное начало миниинвазивного хирургического лечения не позднее 3-4-й недели от начала заболевания.

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В., Колкина В.Я., Филахтов Д.П.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## КОНТУЗИЯ ЛЕГКИХ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Актуальность работы. Контузия лёгкого – это повреждение лёгочной паренхимы без нарушения целостности висцеральной плевры в результате воздействия внешних факторов, различной природы, что приводит к депонированию крови в альвеолярных пространствах с потерей нормальной внутренней структуры и эластичности лёгочной ткани.

По данным различных авторов контузия лёгких присутствует в 23-47% случаев изолированной травмы груди и в 72-85% сочетанных повреждений органов и анатомических зон пострадавших (R.M. Ruddy, 2005; P.R. Millizetal, 2002; K. Raghovendran, 2009). При этом, отмечается неизмеримое доминирование патолого-анатомических находок над успехами прижизненного диагностирования этой весьма часто встречаемой патологии.

Цель работы. Улучшение диагностики и лечения больных с контузией легких.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна за период 2005 - август 2017гг. находилось на лечении 719 пострадавших с тяжёлой закрытой травмой груди, обусловленной в ряде случаев множественными переломами ребер, грудины, разрывом купола диафрагмы. При этом, из общего числа пострадавших (719) у 313 (44%) имелись клиничко-рентгенологические признаки контузии лёгких. В ранние сроки после травмы, контузия лёгкого - трудно распознаваемая патология. Доминирует боль в груди, появляются экспираторная отдышка, усиливается цианоз слизистых и кожных покровов, кровохаркания.

На 4-5 сутки после травмы нередко наступает резкое ухудшение состояния пострадавшего, усиливается тахикардия, снижается АД, усиливается отдышка, формируются физикальные и рентгенологические изменения, которые часто

и определяют третью (высшую) степень тяжести контузионных лёгочных нарушений. При выходе ситуации из-под контроля, нарастает лёгочная гепоперфузия, отёк лёгких, вплоть до остановки дыхания и сердечной деятельности, что может потребовать реанимационных мероприятий.

Рентгенсимиотика имеющихся при этом изменений во многом зависит от обширности кровоизлияний в паренхиму лёгкого, степени её геморрагической инфильтрации или размозжения лёгочной ткани с повреждением мелких бронхов, сосудов и образованием в лёгких полостей, заполненных воздухом (пневмоцеле) или кровью (гематоцеле).

Результаты и обсуждение. У 45 пострадавших с обширным поражением лёгочной паренхимы развилась посттравматическая пневмония, которая у 39 пациентов была купирована.

Наконец, у 27 из 313 пациентов с контузией лёгких (9%), на фоне казалось бы первоначально улучшающегося состояния (3-4 сутки после травмы), затем возникло резкое ухудшение, клинически протекающее по типу отёка лёгких, острого респираторного дистресс-синдрома.

В лечение контузии лёгких были включены мероприятия по борьбе с бронхообтурационным синдромом, обезболиванию пострадавшего, его достаточной оксигенации и поддержанию сердечной деятельности. В ряде случаев назначались антибиотики небольшие дозы антикоагулянтов (гепарин), глюкокортикоиды и др.

Заключение. Прогноз во многом зависел не только от степени и объема повреждений лёгочной ткани, но и других органов, в первую очередь сердца, особенно в условиях сочетанной травмы.

Из 313 травмированных пациентов с контузией легких умерло 22 (7%).

Колкин Я.Г., Кузьменко А.Е., Греджев Ф.А., Межаков С.В., Коссе Д.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Цель работы - улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом (ОП) путем усовершенствования диагностики и лечебной тактики.

Материал и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной его классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте (M.Thumshirin



et.al., 1994, G.G. Tsitos et al., 1999), стандартов диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы и рекомендаций Международной Панкреатологической Ассоциации. За 9 последних лет лечились 562 больных с ОП. Мужчин было 368, женщин - 194 в возрасте от 18 до 67 лет. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25%) больных, тяжелой степени - у 76 (14%), стерильный панкреонекроз - у 69 (12%), инфицированный панкреонекроз - у 177 (31%), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) - 48 (8,5%), панкреатогенный абсцесс - у 49 (9,5%). Диагноз устанавливался в течение 24-48 часов с момента поступления больного. Оперировано 357 (63,5%) больных, умерло после операции - 17 (4,7%).

Результаты и обсуждение. У всех 562 пациентов проведена объективная оценка тяжести ОП по J.Ranson, при этом было зарегистрировано от 0 до 7 критериев. У 143 (25,5%) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как легкая (критерии Ranson - 0-3), тяжелый ОП был у 76 (13,5%) больных (6 и более критериев Ranson). Легкий и среднетяжелый ОП (143 больных) не являлся показанием для оперативного лечения, за исключением острого билиарного панкреатита. Больным с диагнозом «ОП легкой и среднетяжелой ст.» проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия. При остром билиарном панкреатите больным проводилась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов, операцией выбора 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, некрэктомию, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны - 177, этапная некрэктомия - 14, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны, флегмоны поясничной области, передней брюшной стенки - 5, илеостомия - 7, антрумпликация, гастроэнтеростомия по Вельфлеру - 4. Острая киста поджелудочной железы диагностирована у 48 пациентов. Всем проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия, оперировано 28 (58%) больных. Операцией выбора являлось перкутанное дренирование кисты под сонографическим контролем, которое произведено 17 (35%) пациентам. Панкреатогенный абсцесс выявлен у 49 больных. Больным проводилась стандартная (базисная) консервативная и антибактериальная терапия после дренирования абсцесса. У 28 (57%) человек выполнено перкутанное дренирование под сонографическим контролем.

Выводы. Таким образом, определение этиопатогенетической формы ОП на основании оценки данных клинического, лабораторного и инструментального обследования является основополагающим моментом в выборе метода лечения. Показанием к хирургическому лечению являются ОП билиарной этиологии и инфицированный панкреонекроз с клиническими признаками сепсиса. При остром легком, среднетяжелом панкреатите хирургическое лечение не показано.

Коноваленко А.В., Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **СЕПСИС, SIRS И ПРИНЯТИЕ ТАКТИЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

Коллективом авторов проанализированы результаты лечения больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении КУ ЦГКБ № 6 г.Донецка в период с 2012 по 2016 годы. Для изучения отображены случаи наиболее тяжелые для принятия так-

тического решения в рамках современного органосохраняющего подхода – случаи с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей и выраженными признаками системного воспалительного ответа (SIRS) и выявленным сепсисом. Выработка оптимальной тактики лечения в данных случаях стала возможна только при одновременном анализе по не-

скольким критериям с учетом прогнозируемых рисков.

Группу анализа составили 54 больных с острыми гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей с признаками SIRS более 3-х суток и наличием результатов бактериологических исследований раневого отделяемого и гемокультуры. Больным исследуемой группы выполнялись как первичные срочные оперативные вмешательства, так и повторные операции. Наиболее пристальное внимание уделено оценке риска осложнений и неблагоприятных исходов в подгруппе больных, подвергшихся ранним радикальным вмешательствам (до 7 суток) по сравнению с подгруппой получавшей более длительное консервативное лечение (более 7 суток). Результаты бактериологических исследований показали, что у довольно большого числа исследуемых бактериемия удалось выявить лишь при повторных многократных (до 3) исследованиях. Сепсис с бактериемией выявлен у 12 из 54 больных. Метициллин-резистентный золотистый стафилококк был выявлен всего в одном случае. Во всех случаях, приведших к летальному исходу (n=5, все больные с сепсисом), выявленные ассоциации были чувствительны к использованным в качестве стартовой терапии антибактериальным препаратам. Анализ попы-

ток продленной (более 7 суток) консервативной терапии при наличии стойкого SIRS показал рост относительного риска развития сепсиса в 1,7 раза. Кроме того, именно эти больные составили основу подгруппы с летальными исходами. Риск развития сепсиса в подгруппе с радикальными санациями в срок до 7 суток составил 0,91. Статистическая оценка удельного веса «высоких» ампутаций в подгруппах не выявила значимой разницы и выраженного влияния на конечный результат.

Для выбора максимально эффективной тактики лечения больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета необходима комплексная оценка состояния с обязательным учетом критериев SIRS и сепсиса. С точки зрения как ближайших, так и отдаленных результатов лечения, консервативная терапия более 7 суток и органосохраняющий подход при наличии признаков сепсиса является высокоопасным тактическим выбором. Стремление к применению органосохраняющей тактики лечения в условиях нестабильного течения диабета, прогрессирования синдрома полиорганной недостаточности, а также без учета признаков SIRS и сепсиса является одной из причин высокой летальности в данной группе больных.

**Кострыгин А.К., Хомяков В.М., Рябов А.Б., Черемисов В.В., Новикова О.В., Колобаев И. В., Чайка А.В., Соболев Д.Д., Аксенов С.А.**

*МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России*

## **РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСМОИДНЫХ ФИБРОМАХ (ДФ) ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ОПЫТ МНИОИ ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА**

Частота местных рецидивов после хирургического лечения ДФ передней брюшной стенки может достигать 80%. При этом, повторные оперативные вмешательства по поводу рецидивов приводят к выраженным функциональным, косметическим дефектам и ухудшению качества жизни вплоть до тяжелой инвалидизации.

Цель. Улучшение эстетических и функциональных результатов хирургического лечения ДФ абдоминальной локализации после выполнения обширных резекций передней брюшной стенки.

Материалы и методы. С 2009 по 2017 гг. в торакоабдоминальном отделении МНИОИ им. П.А. Герцена оперировано 63 пациента с первичными и рецидивными ДФ брюшной стенки. Средний возраст составил - 33 года (15-61 лет). Преимущественной локализацией опухоли были

прямые мышцы живота (правая – 22, левая – 27), реже - косые и поперечные (5). Вовлечение нескольких мышц отмечено у 6 больных. При локализации опухоли в прямой мышце производили субтотальную резекцию пораженной мышцы вместе с ее апоневротическим футляром. При латеральной локализации выполняли широкое иссечение косых и поперечных мышц брюшной стенки. Различные варианты абдоминопластики с использованием синтетической сетки (патент № 2581249) выполнены у 62 (98%) больных. У 11 (17%) пациентов выполнена тотальная абдоминопластика после субтотальной резекции обеих прямых мышц живота.

Результаты. Осложнений, требующих реопераций не зафиксировано. Сроки наблюдения составили от 2 до 96 мес. Медиана - 36 мес. Из всех первично оперированных больных, реци-

див возник у 1 (2%) пациентки. У 2 (4%) больных оперированных по поводу рецидивов из других учреждений отмечен продолженный рост опухоли. У всех пациентов достигнут хороший косметический эффект, сохранена симметрия передней брюшной стенки, отсутствовали послеоперационные грыжи. У четырех пациенток после обширной абдоминопластики наступили беременности, которые завершились родами здоровых детей. В одном случае выполнено оперативное родоразрешение, во втором – естественные роды.

**Коцюрба А.Р., Лыгина Ю.А., Бобров А.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Советский межрайонный отдел МГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ И ПУТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ**

В последние годы зарегистрирован рост заболеваемости сальмонеллезом в 3 и более раз, в том числе в странах с высоким уровнем экономического развития. Имеется совокупность причин, которая ответственна за рост заболеваемости сальмонеллезами в мире: увеличение объемов экспорта и импорта продуктов животного происхождения, рост производства полуфабрикатов, глобальное развитие сети предприятий общественного питания, повышение удельного веса городского населения (урбанизация).

В ДНР среди бактериальных кишечных инфекций сальмонеллез имеет одни из самых высоких показателей на 100 тыс. населения. Таким образом, нам представляется актуальным установить основные проявления эпидемического процесса сальмонеллезом в ДНР.

Ретроспективный эпидемиологический анализ был проведен на материалах санитарно-эпидемиологической службы г. Макеевки за период 2012 – 2016 гг. В работе использованы данные официальной регистрации заболеваемости сальмонеллезами «Информационный бюллетень инфекционной заболеваемости по г. Макеевке» за период 2012-2016 гг. Проанализированы карты эпидемиологического обследования домашних очагов (форма № 357/у) и «Анализ микробиологического исследования проб, смывов, воды», предоставленные сектором гигиены питания. Обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2016.

В ходе анализа эпидемического процесса сальмонеллеза в г. Макеевке за изучаемый пери-

Выводы. Хирургическое лечение является основным методом лечения ДФ абдоминальной локализации. Субтотальное удаление пораженной прямой мышцы в едином блоке с апоневротическим футляром (RO) позволяет минимизировать частоту местных рецидивов. Пластика послеоперационных дефектов брюшной стенки с применением композитной сетки обеспечивает хорошие эстетические и функциональные результаты лечения.

од установлена тенденция к возрастанию заболеваемости (средний темп роста составил +1,3), отмечалось превышение среднереспубликанского показателя во все годы наблюдения. Наиболее высокая заболеваемость за анализируемый отрезок времени регистрировалась в 2016 году (43,6 на 100 тыс. населения), что превышало этот показатель (21,3) в 2,05 раза.

Наиболее актуальной группой среди заболевших в период 2012 – 2015 гг. были взрослые, их доля составляла в среднем 59,96±1,85 %, ДИ (58,34 – 61,59). В 2016 г. ситуация изменилась, в эпидемический процесс стали активно вовлекаться дети – 65,90 % (716,3 на 100 тыс. населения), особенно в возрасте 1 – 4 года (46,4 % в общей структуре заболевших в возрасте 0 – 17 лет).

В видовой структуре возбудителей в течение всего изучаемого периода преобладала группа «Д» (*Salmonella enteritidis*) – 75,62±3,88 %, ДИ (72,22 – 79,01); частота встречаемости группы «В» (*S.essen*, *S.typhimurium*) составила 16,10±0,80 %, ДИ (15,39 – 16,80); группы «С» (*S.infantis*, *S.manchester*, *S.montevideo*, *S.tshiongwe*, *S.virchow*) – 6,42±2,27 %, ДИ (4,43 – 8,41).

Факторы передачи сальмонеллеза за исследуемый период по частоте встречаемости распределились следующим образом: яйца сырые – 41,8 %, домашняя кулинария – 20,4 %, мяско-колбасные изделия – 15,2 %, молочная продукция – 7,5 %, кремово-кондитерская продукция – 6,3 %, рыба и изделия из нее – 4,9 %, фрукты и овощи – 3,9 %.

Таким образом, эпидемический процесс сальмонеллеза в г. Макеевке характеризуется выраженной тенденцией к росту. При этом, наиболее актуальной возрастной группой до 2015 г. оставались взрослые, а с 2016 г. в структуре заболеваемости преобладают дети в возрасте 1 – 4 года. Основным фактором передачи возбудителей являются сырые яйца (41,8 %). По видовому составу сальмонелл лидирует группа «Д» (*S. enteritidis*).

Наиболее целесообразными мерами борьбы с сальмонеллезом среди детского и взрослого населения, по нашему мнению, могут стать централизация птицефабрик, где следует сосредоточить запас современных дезинфекционных средств. Этими дезинфекционными средствами (на основе надуксусной кислоты, пероксидами, полигуанидами) следует проводить регулярную обработку лотков для кормления птицы, мест забоя, помещений и оборудования для упаковки, хранения и транспортировки яиц.

**Кулемзина Т.В., Криволап Н.В., Красножон С.В., Испанов А.Н., Сидорова В.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ПЕРСОНОЛИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

В современных условиях травматизм является важной медико-социальной проблемой в связи с высокими показателями распространенности и тяжестью медико-социальных последствий. Сложный генез травматологической патологии и этапность реабилитационного процесса предполагает применение комплексного системного подхода к проведению восстановительных мероприятий: медицинских, физических, психологических, социальных, правовых. Целью восстановительной медицины является мобилизация внутренних механизмов защиты человека и увеличение функциональных резервов организма. Поэтому проблема восстановления пациентов после различных травм и заболеваний не может решаться исключительно с использованием фармакологических средств, а требует применения и немедикаментозных методов.

На базе Дорожной клинической больницы ст. Донецк организовано отделение восстановительного лечения (ОВЛ), являющееся клинической базой курса нетрадиционной медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Специалистами отделения – сотрудниками курса ДонНМУ (врачами ЛФК, физиотерапевтом, рефлексотерапевтом, специалистами по физической реабилитации) применяются преимущественно немедикаментозные методы восстановительного лечения.

За 9 месяцев текущего года в ОВЛ пролечены 207 пациентов травматологического профиля: из них по поводу последствий травм конечностей – 41,3% (длительно срастающиеся переломы – 17,6%, контрактуры суставов – 20,1%, ложные суставы – 3,6%), последствий переломов

позвоночника – 5,3%, состояний после оперативного лечения поли- и сочетанных травм – 7,4%, эндопротезирования суставов – 7,1%, металлоостеосинтеза – 8,5%, состояний после оперативных вмешательств на позвоночнике – 24,6% (интерламинэктомии – 21,2%, удаление доброкачественных новообразований – 3,4%). Также лечение в ОВЛ проходили пациенты с посттравматическими плексо- и мононевропатиями – 5,8%.

В восстановительном лечении пациентов травматологического профиля используются персонализированные комплексные схемы лечения, включающие методы интегративной медицины: рефлексотерапию, фармакопунктуру, кинезотерапию, кинезиотейпирование, массаж и мануальные техники с элементами постизометрической релаксации, физиотерапию с элементами физиопунктуры, гирудотерапию, применение комплексных гомеопатических антигомотоксических препаратов и др.

Методы интегративной медицины применяются на всех этапах восстановительного процесса. В персонализированных реабилитационных программах учитываются принципы индивидуальности конституциональных и функциональных характеристик, совместимости применяемых методов между собой и с другими видами лечения, последовательности применения методик, дозирования и адекватности выбранных методов. Приоритетом является повышение эффективности проводимых мероприятий, сокращение сроков восстановления, рост функциональных возможностей организма, снижение риска возникновения осложнений у пациентов трудоспособного возраста.

Таким образом, медико-социальное значе-



ние восстановительной медицины состоит в создании системы восстановления и превентивной реабилитации здоровья человека путем поддержания оптимальной работоспособности и повышения качества жизни пациентов. Поэтому раннее применение восстановительного

лечения и его правильная организация способствует сокращению сроков временной нетрудоспособности и, в большинстве случаев, предотвращает развитие инвалидности. В чем состоит и позитивный экономический эффект восстановительных мероприятий.

Кузовлева И. А., Соцкая Я. А.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ЧАСТЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

Как показывают результаты медико-статистических и эпидемиологических исследований, жгучей проблемой современной клиники инфекционных болезней являются неспадающие темпы заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями. Официальная статистика ежегодно учитывает порядка 30 млн. случаев респираторных инфекций, составляющих более 40 % дней нетрудоспособности в структуре общей заболеваемости, в то же время предположительное количество заболевших, не обращающихся за медицинской помощью, превышает официальные данные в 1,5-2 раза.

Высокий уровень заболеваемости ОРВИ сопровождается значительным процентом ее рецидивирования и хронизации, а учитывая неблагоприятную экологическую ситуацию в крупном промышленном регионе Донбасса и большое количество хронических обструктивных заболеваний органов дыхания, в итоге наблюдаем развитие иммунной недостаточности у таких пациентов. Поэтому мы посчитали актуальным изучить иммунный статус у больных хронической обструктивной болезнью легких на фоне частых респираторных вирусных инфекций.

Цель работы. Изучить и проанализировать гуморальный иммунитет у больных ХОБЛ на фоне частых ОРВИ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 42 пациента в возрасте от 29 до 59 лет. Из них 29 мужчин (69 %) и 13 женщин (31 %), при этом все пациенты постоянно проживали в условиях крупного промышленного региона Донбасса.

Уровень сывороточных Ig основных классов определяли способом радиальной иммунодиффузии в агарозном геле с моноспецифическими антисыворотками, содержащими антитела к Ig A, Ig M и Ig G производства АО «ИмБио» по G.Manchini et al. Уровень общего Ig E определяли методом твердофазного ИФА с использованием моноспецифических антител к Ig E при помощи наборов «Вектор-Бест» (СПб, РФ).

Полученные результаты и их обсуждение. Проведение дополнительного иммунологического исследования позволило выявить наличие практически у всех обследованных больных дисиммуноглобулинемии, при этом степень нарушений изученных показателей зависел от частоты обострений хронического воспалительного процесса в бронхолегочной системе.

Выводы. Таким образом, достоверно установлено, что у больных ХОБЛ на фоне частых ОРВИ наблюдаются существенные нарушения со стороны гуморального звена иммунитета, что необходимо учитывать при лечении данного континента пациентов.

Кузьменко А.Е., Шаталов С.А., Греджев Ф.А., Губанов Д.М., Нестеров Н.А

Донецкий национальный медицинский институт им. М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цель работы - явилась разработка алгоритма выбора оптимального метода лечения постнекротических кист поджелудочной железы (ПНКПЖ)

Материал и методы: С 2012 г. по 2017 г. проведено лечение 92 пациентов (58 мужчин, 34 женщины) в возрасте 17-68 лет, с ПНКПЖ диаметром 4-21см. Выполнено 48 чрескожных пункционных вмешательств (27 аспираций, 21 дренирование) под контролем лучевых методов визуализации (39 – УЗ- контроль, 9 – КТ- контроль), 5- дренирование под контролем лапароскопии, 39 – лапоротомное оперативное лечение (наружное и внутреннее дренирование). Лечение проводилось на фоне противопанкреатической и антибактериальной терапии по общепринятым схемам.

Для контроля чрескожных пункционных вмешательств использовался УЗ-сканер с приставкой для цветного доплеровского картирования (ЦДК) с конвексным датчиком 3.5-5 МГц, либо компьютерный томограф. Вмешательства проводились под местной анестезией, при спокойном поведении больного (5 пациентов) – нейролептанальгезией. Траектория доступа избиралась, исходя из безопасного акустического окна, с учетом данных ЦДК. Аспирацию выполняли полыми иглами 12-18 G. Дренирование по Сельдингеру выполняли катетерами диаметром 7-9 Fg типа «свиной хвостик». Длительность стояния дренажа составила 7-90 суток. Динамический контроль результатов лечения проводился эхографически на протяжении 24 месяцев.

Результаты и обсуждение. Для ПНКПЖ без признаков перитонита при наличии безопасной траектории доступа оптимальным методом лечения, как правило, является УЗ- или КТ-контролируемая аспирация или дренирование, уровень успеха (отсутствие рецидива либо рецидивная псевдокиста менее 2 см в диаметре) которых составил соответственно 88,9% и 91,5%. Простая одномоментная аспирация иглой показана при наличии псевдокисты диаметром менее 7 см., дренирование – при псевдокистах больших размеров. Также возможно дренирова-

ние в остром периоде панкреатита при наличии выпота в сальниковой сумке, что существенно облегчает течение заболевания.

Противопоказаниями к чрескожной пункции являются: отсутствие безопасного доступа, выраженные коагулопатии; асцит; клаустрофобия (при КТ-контроле). При крупных псевдокистах (более 10 см) без специальных профилактических манипуляций процент рецидива достаточно высок – до 24%. В данном случае перспективным является внедрение метода их склерозирования.

По нашему мнению, при выборе метода контроля пункционного вмешательства следует отдать предпочтение эхографии по следующим причинам: возможность контроля в реальном масштабе времени, отсутствие лучевых нагрузок, меньшая длительность и, как следствие, большая безопасность пункции, доступность и относительная дешевизна оборудования. ЦДК обеспечивает снижение уровня осложнений, связанных с нарушением целостности кровеносных сосудов по ходу пункционного канала, за счет их визуализации в цвете. Из осложнений при пункционных вмешательствах отмечены кратковременные болевые и температурные реакции. У 2 (9,5%) пациентов имело место выпадение дренажа; дренаж был установлен повторно. У 4 (19,0%) наблюдалось подтекание кистозного содержимого, которое было устранено при проведении противопанкреатической терапии. У 2 больных после наружного дренирования сформировался стойкий панкреатический свищ. При повторной операции выполнена продольная панкреатоеюностомия.

Выводы: Выбор тактики лечения постнекротических кист поджелудочной железы следует осуществлять с учетом их размеров и расположения, особенностей течения заболевания, соматического состояния и индивидуальных особенностей больного. Оптимальным методом лечения псевдокист поджелудочной железы является их чрескожная пункционная аспирация или дренирование под контролем УЗИ или КТ.

Кузьменко А.Е., Хацко В.В., Жуков А.С., Хачатрян А.А., Крупка А.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с повреждениями печени.

Материалы и методы: С 2007 по 2017 гг. в абдоминальном отделении клиники хирургии им. К.Т.Овнатяна находился на лечении 441 больной с механическими травмами различных органов брюшной полости. Из них у 63 (14,3%) человек имело место повреждение печени различного генеза. Среди пострадавших преобладали мужчины (76,6%) в возрасте от 20 до 45 лет. У 38 (60,3%) больных повреждения печени возникли в результате закрытой травмы живота, у 25 (39,7%) – в результате нанесения ран холодным или огнестрельным оружием. В рассматриваемой группе пациентов изолированные повреждения печени встретились у 28 человек (44,5%), сочетанные – у 35 (55,5%) пострадавших, в том числе у 12 из них диагностированы торакоабдоминальные ранения.

Точность диагностики повреждений печени выше при более широком применении УЗИ и СКТ органов брюшной полости, с помощью которых удалось установить локализацию повреждений печени у 92% пациентов. Особое значение в предоперационной диагностике травмы печени придается широко применяемому в клинике методу лапароцентеза и лапароскопии.

Результаты и обсуждение: Для лечения повреждений печени, на фоне проведения противошоковых мероприятий и возмещения кровопотери, используется оперативное вмешательство, которое необходимо выполнить в наиболее ранние сроки. Оптимальным оперативным

доступом, применяемым для осмотра раны печени и ревизии органов брюшной полости, является срединная лапаротомия,

целесообразно проводить щадящую хирургическую обработку ран. Размозженные края следует иссечь, свободно висящие куски отсекают, Первостепенное значение при ведении больных с травмированной печенью придается эффективному гемостазу, как временному, так и окончательному. Для остановки кровотечения из поврежденных сосудов применяли разработанные нами два изобретения – “Способ ушивания паренхиматозных органов и устройство для его осуществления” (патент Украины № 63618 А от 15.01.2004 г.) и “Кровоостанавливающий зажим” (патент Украины № 63763 А от 15.01.2004 г.). Основными показаниями к резекции печени являются ранения печени с повреждением долевых и сегментарных сосудов и нежизнеспособность ее ткани при размозжении.

Из больных с травмами печени, находившихся на лечении в клинике, умерло 8 человек, что составило 12,7%. Причиной смерти у 4 из них было массивное кровотечение, у 3 – перитонит, у 1 – печеночно-почечная недостаточность.

Выводы. Таким образом: Основными методами диагностики являются УЗИ, СКТ, лапароцентез или лапароскопия. Основной принцип хирургического лечения повреждений печени – это использование минимальных по объему оперативных вмешательств, но высоконадежных в плане гемостаза, с билиарной декомпрессией.

Кумуржи Н.С., Глушич С.Ю., Яргина А.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТНОСТИ ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ВТОРОГО УРОВНЯ

Интегральным показателем, отражающим качество оказания медицинской помощи, является показатель перинатальной смертности. Однако малоизученными остаются причины наступления перинатальных потерь, которые связаны с состоянием здоровья матери, характером течения беременности и родов.

Целью исследования явилось изучение анамнеза, характера течения беременности и родов у пациенток, беременность у которых завершилась перинатальной потерей.

Был проведен ретроспективный клиникостатистический анализ 59 случаев перинатальной смертности. Обработывалась информация

из обменных карт беременных, историй родов и развития новорожденных за период с 2012 по 2016 год.

Аntenатальная гибель была констатирована в 36 случаях (61%), интранатальная – в 7 случаях (11,9%), ранняя неонатальная – в 16 случаях (27,1%). Средний возраст женщин составлял – 28,5±0,69 года. У 37,3% беременных отмечена поздняя постановка на учет в женскую консультацию, а 6,8% на учете не состояли. Обследование в медико-генетическом центре прошли 62,7% беременных. В 83,3% случаев антенатальная гибель плода произошла вне стационара. Примечательно, что 80,5% случаев произошло в сроке 26-42 недели, т.е. в третьем триместре.

В анамнезе 45,8% пациенток имели экстрагенитальную патологию, а 59,3% – гинекологическую. При анализе течения беременности было выявлено, что наиболее часто встречались: угроза прерывания беременности – в 27,1% случаев, нарушения микробиотоза влагалища – 52,5%, анемия беременных – в 49,2%, патология околоплодных вод – 27,2% и преэклампсия – 13,6%. Внутриутробная инфекция во время беременности была диагностирована в 10,2% случаях, инфекции мочевыводящей системы – в 22% случаев. Задержка внутриутробного развития встречалась в 25,4%, а фетоплацентарная недостаточность диагностирована в 39% случаев. Врожденные пороки развития были выявлены у 5,1% пациенток.

При анализе характера и срока наступления родов нами был обнаружен высокий процент преждевременных и патологических родов – 55,9% и 50,8% соответственно. При анализе осложнений в родах было выявлено, что наи-

более часто встречались преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 18,6%, преждевременное излитие околоплодных вод – 11,9%, первичная слабость родовой деятельности – 6,8%, дистресс плода – 6,8%, хориоамнионит в родах – 3,4% и дистоция плечиков плода – 3,4%.

Кесарево сечение произведено у 32,2% женщин. В 61,9% случаев была отмечена низкая масса тела плодов при рождении. Патологоанатомическое исследование плодов и плацент показало, что непосредственными причинами гибели плодов являлись антенатальная асфиксия на фоне плацентарной недостаточности (47,4%), внутриутробная инфекция плода и новорожденного (30,5%), респираторный дистресс синдром (10,2%). Удельный вес родовой травмы и гемолитической болезни составлял 5,1% и 3,4% соответственно. Признаки плацентарной недостаточности наблюдались 69,5% случаев.

Таким образом, для соматического здоровья женщин с перинатальной потерей характерно наличие экстрагенитальной и гинекологической патологии, в первую очередь инфекций мочеполовой системы. В течение беременности наблюдался высокий удельный вес таких осложнений, как анемия, преэклампсия, инфекция мочеполовой системы, синдром задержки развития плода и фетоплацентарная недостаточность. Плодам, погибшим перинатально, свойственна низкая масса тела при рождении. Непосредственными причинами смерти являются асфиксия, внутриутробная инфекция и респираторный дистресс синдром на фоне плацентарной недостаточности.

**Куницкий Ю.Л., Христуленко А.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

В структуре сочетанных заболеваний пищеварительного тракта наиболее часто сочетаются желчекаменная (ЖКБ), язвенная болезни и панкреатит (30-69%), в том числе и в различной их комбинации [2]. Объясняется этот факт тесной анатомической и функциональной связью между желудком, двенадцатиперстной кишкой (ДПК), печенью, желчевыводящими протоками и поджелудочной железой [4,5]. Количество больных, которым на фоне ЖКБ необходимо выполнять симультанные операции по данным ВОЗ

достигает 30% [6], а количество больных с сочетанными заболеваниями ГПДС за последние годы увеличилось в два раза [1]. Актуальность вопросов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС обусловлена трудностью диагностики, высокой летальностью [3]. Вместе с тем, вопросы хирургической тактики, выбор объема и метода хирургического пособия у больных данной категории далеки от своего разрешения.

Цель работы: оценка эффективности исполь-



зования малоинвазивных, этапных операций на основе выявленных факторов хирургического риска у больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ), хроническим панкреатитом.

В основу работы положен опыт хирургического лечения 177 больных. Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения. Возраст больных – от 27 до 82 ( $50,4 \pm 3,7$ ) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин – 94 (53,1%). В плановом порядке госпитализированы 53 (29,9%), в неотложном – 124 (70,1%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 ( $5,3 \pm 6,6$ ) лет, ургентных больных от 3,5 до 144 ( $43,4 \pm 5,4$ ) часов.

Хронический калькулезный холецистит имел место у 53 (29,9%), острый калькулезный холецистит у 69 (39,0%), механическая желтуха у 55 (31,1%) больных, перитонит имел место у 20 (29,0%), холангит – у 15 (8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК выявлена у 136 (74,0%) у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка, язвенная болезнь желудка – у 14 (7,9%), вторичный панкреатит у 177 (100,0%) больных. 33 (18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ.

Активная фаза язвенного процесса на момент операции была у 51 (28,8%) больных. У 88 (49,7%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Контрольную группу составили 63, основную 114 больных.

Все больные оперированы. У больных контрольной группы были использованы традиционные методы хирургического лечения. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 18 (28,6%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через  $3,5 \pm 4,3$  суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза.

На основании анализа развившихся осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных контрольной группы выявлены факторы хирургического риска развития осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни, разработаны меры их профилактики. Больных основной группы распределили в соответствии с их ведущим диагнозом: 1. хронический калькулезный холецистит, 2. острый (в т.ч. деструктивный) калькулезный холецистит, 3. острый (обострение хронического) панкреатит 4. механическая желтуха на почве холедохолитиаза.

При хирургическом лечении больных основной группы предпочтение отдавали миниинвазивным и этапным вмешательствам (лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), в том числе лапароскопическая крурорафия, фундопликация по Ниссену при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, селективная ваготомия, операция Витебского Я.Д. при хронической дуоденальной непроходимости). При хроническом калькулезном холецистите холецистэктомию выполняли после курса противоязвенной терапии (ПЯТ), рубцевания язвы с ФГДС-контролем. При остром калькулезном холецистите выполняли раннее оперативное лечение (в т.ч. ЛХЭ) с учетом ПЯТ в до- и послеоперационном периоде. При язве желудка операции предшествовала гастробиопсия с верификацией доброкачественности язвы. У больных с ведущим диагнозом острый (обострение хронического) панкреатит проводили противопанкреатическую терапию с использованием базисной терапии (лечение легкого панкреатита) и в сочетании со специализированным лечебным комплексом у больных с тяжелой формой острого панкреатита в сочетании с массивной противоязвенной терапией до нормализации клинических и лабораторных показателей. При механической желтухе на почве холедохолитиаза использован 3-х этапный метод лечения: пункция внутривенного протока под контролем УЗИ с последующим курсом ПЯТ, эндоскопической папиллосфинктеротомией, ЛХЭ. Симультаные операции по поводу сочетанной язвы у больных основной группы выполняли при осложненных формах и высокой степени риска развития осложнений с ее стороны на основе органосохраняющих вмешательств и ваготомии. ЛХЭ у больных основной группы выполнена у 51 (66,2%), симультаные операции у 54 (30,5%) больных, из них у 38 (21,5%) больных на основе органосохраняющих вмешательств. Разработанный новый подход к хирургическому лечению больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы позволил уменьшить количество осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни в ближайшем послеоперационном периоде с 28,6% до 1,7%.

#### Выводы

1. Сочетание желчекаменной, язвенной болезни и панкреатита сопровождается значительным количеством осложненных форм как основного, так и сочетанных заболеваний.

2. Стандартные подходы при хирургическом лечении данной категории больных приводят к значительному количеству осложнений в бли-

жайшем послеоперационном период в сроки от 1 до 8 ( $3,5 \pm 4,3$ ) суток в виде острого желудочно-кишечного кровотечения со стороны сочетанной язвенной болезни и наблюдается в 28,6% случаев.

3. Улучшения результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной си-

стемы удалось достичь в результате использования комплексного подхода к диагностике сочетанных заболеваний, учета выявленных факторов риска, миниинвазивных, этапных технологий. При этом частоту осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни удалось снизить до 1,7%.

**Кучеров С.А., Макиенко Е.Г.**

*Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение.*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ**

Лечение аневризм брюшного отдела аорты (АБА) продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной сосудистой хирургии. Летальность при разрывах аневризмы достигает от 40–60%. Даже при значительных размерах аневризматического мешка, может никак себя не проявлять, и только при разрыве возникают клинические симптомы. Разрыв аневризмы является грозным и часто трагичным исходом данного заболевания. Цель. Оценить результаты лечения больных с аневризмой брюшного отдела аорты. Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 54 больных, оперированных по поводу аневризмы брюшной аорты. Из них 50 мужчины и 4 женщины. Средний возраст составил  $65,20 \pm 6,36$  года. Неосложненная форма аневризмы отмечена у 47 пациента (87%), из них ИБС имели 18 (58,7%), осложненная форма аневризмы — у 7 (13%), из них с ИБС — 7 (100%) Сопутствующая патология наблюдалась у большинства больных: ИБС у 43 пациентов (79,6%) в том числе постинфарктный кардиосклероз 43 (76,7%); гипертоническая болезнь у 26 (48,1%); атеросклероз сосудов головного мозга у 28 (52,1%), икритический стеноз сонных артерий наблюдался у 3 пациентов (5,5%); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 4 (7,4%); облитерирующий атеросклероз нижних конечностей у 32 (59,3%). По размеру АБА распределились следующим образом: 4–6 см в диаметре — 4 (7,5%), 6–8 см — 40 (75,4%), свыше 8 см — 10 (18,5%). Тактика хирургического лечения и сроки операции определялись в зависимости от клинического течения заболевания и данных обследования. У пациен-

тов с плановой аневризмой, пари тяжёлом коронарном поражении, первым этапом выполнялась коррекция коронарного синдрома. 13 больным предварительно была выполнена коронарное стентирование, 3 — аорто-коронарное шунтирование. 3-м больным выполнена каротидная эндартерэктомия. Больные с гипертонической болезнью получали курс предоперационной гипотензивной терапии. При активности язвенного процесса проводился курс антацидной терапии с гастроскопическим контролем. Характер операций на аорте был следующим: протезирование аорты — 15 (27,8%), аорто-бедренное (подвздошное) протезирование 39 (72,2%), эндопротезирование 5 (9,25%). Результаты. Летальный исход наступил у 4 пациентов (7,4%), Причиной смерти во всех случаях явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, обусловленная массивной кровопотерей. 3 умерших имели осложнённую форму АБА. Среди умерших пациентов ИБС присутствовала у всех больных. Послеоперационных осложнений было 5 — 2,9% (эндолик — 1); эвентерация кишечника — 1; илеофemorальный тромбоз — 1; нагноение послеоперационной раны — 2. Выводы: 1. Оперативное лечение АБА является единственным эффективным методом лечения данной категории больных. 2. Основной причиной летальных исходов при операциях по поводу аневризм брюшной аорты является острая сердечно-сосудистая недостаточность. 3. Тщательное планирование операции и применение тактики этапного лечения с учетом всех операционных рисков позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных аневризмой брюшной аорты.

Ладария Е.Г., Гринцова А.А., Каратаева К.О.

Республиканская клиническая больница профзаболеваний МЗ ДНР

## ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Применение гипербарической оксигенации (ГБО), как наиболее адекватного лечебного фактора в борьбе с гипоксией и ее последствиями, патогенетически обосновано и показано при лечении заболеваний и травм нервной системы, сопровождающихся нарушением окислительно-восстановительных процессов в тканях мозга.

Сеансы ГБО включены в комплекс лечения 43 пациента с последствиями боевой черепно-мозговой травмы в возрасте от 18 до 65 лет. Лечение методом ГБО проводилось в барокамерных комплексах БЛКС-303 МК, оснащенных компьютерным диагностическим комплексом «Кардио+». Регистрировали АД, вариабельность сердечного ритма; тетраполярную реографию и реоэнцефалографию – до и после сеанса. Курс ГБО включал 8-12 сеансов, избыточное давление - 0,3-0,6 ати, время изопрессии 40-60 мин. Проводилась оценка состояния пациентов путем клинических наблюдений, функционального и нейропсихологического (тесты САН, Спилбергера-Ханина, Люшера, корректурная проба Бурдона) мониторинга.

Положительные результаты проводимой терапии обнаруживались к 6-7 дню от начала лечения. В первую очередь нивелировались субъективные проявления: больные отмечали улучшение общего самочувствия – 90,3 %, нормализацию ночного сна – 63 %, снижение интенсивности головных болей – 71 %, прекращение или значительное ослабление головокружения – 80,6 %.

На 10-12-й день от начала лечения отмечен объективный регресс очаговой симптоматики: уменьшение выраженности координаторных расстройств, улучшение походки. Наблюдалась тенденция снижения спастического мышечного тонуса, объема движений в паретичных конечностях. У больных с экстрапирамидными расстройствами отмечено уменьшение мышечной ригидности, увеличение темпа движений.

При реоэнцефалографическом обследова-

нии у 80 % больных проведение комплексного лечения сопровождалось регрессом сосудистых асимметрий, увеличением скорости мозгового кровотока, нормализацией венозного оттока и функционального состояния мозговых сосудов

Нейропсихологическое исследование выявило положительную динамику в показателях депрессии и тревоги у 73,8 % больных. При анализе результатов теста Люшера после лечения у 51% пациентов отмечалась нормализация КВБ=1, что указывает на потребность в активных действиях, рациональное отношение к ситуации. Статистически достоверное снижение реактивной тревожности обнаруживалось уже к 6 дню лечения –  $45,7 \pm 3,4$  баллов. Различия показателей личностной тревожности достигали статистической достоверности только к концу лечебного курса –  $40,5 \pm 3,4$  баллов.

Когнитивные нарушения являлись наиболее стойкими и по результатам психологического обследования после 1 курса комплексного лечения не претерпевали существенных изменений. Однако когнитивные функции являются менее подвижными, чем аффективные, и эффект может проявиться на более поздних сроках. Корректурная проба Бурдона после курса лечения показала достоверное улучшение концентрации и устойчивости внимания: количество допущенных ошибок до начала лечения уменьшилось с  $12,7 \pm 1,81$  до  $4,2 \pm 0,83$ .

Наблюдалось появление уверенности в себе, готовность к действию, бодрость, полнота сил, улучшение настроения, повышение интереса к жизни, уменьшение раздражительности у 37 (86 %) больных из 39 с исходно сниженными показателями теста САН.

Таким образом, при анализе эффективности ГБО в лечении больных с последствиями боевой черепно-мозговой травмы установлено, что клинические данные коррелировали с результатами функциональных и нейропсихологических методов обследования.

Ластков Д.О., Бессмертный А.Н., Госман Д.А., Талёб Аль Каравани Я.Б.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА

В ходе анализа эколого-геохимической паспортизации, выполненной Институтом минеральных ресурсов, а также статистических данных о заболеваемости, смертности, и распространенности заболеваний по Буденновскому району и городу Донецку в целом за два периода 2010-2013г. и 2014-2016г., было принято решение провести оценку влияния уровня загрязнения почвы отдельно взятых районов города Донецка на уровень заболеваемости населения данных районов. Цель исследования: установить влияние загрязнения почвы районов г. Донецка с максимальными и минимальными уровнями содержания тяжелых металлов на показатели заболеваемости населения данных районов. Материалы и методы: эколого-геохимическая карта районов города Донецка с данными по уровню загрязнения почвы тяжелыми металлами, данные о заболеваемости жителей Буденновского и Ворошиловского районов г. Донецка, прикладная авторская программа «Medstatistic». Результаты и обсуждение: Оценка влияния уровня загрязнения почвы тяжелыми металлами на заболеваемость населения проводилась в двух районах: Буденновский и Ворошиловский. При предельно допустимой концентрации (ПДК) содержания свинца в почве 30 мг/кг с учетом фонового загрязнения почвы тяжелыми металлами в Буденновском районе, концентрация свинца в почве составила более 3600 мг/кг, что в 120 раз превышает ПДК. Концентрация ртути в почве составила 7,4 мг/кг (при ПДК 2,1 мг/кг), что в 3,5 раза превышает ПДК. Максимальное значение – в зоне влияния завода «Донвтрорцветмет» и санитарно-защитной зоне (южный и западный участки селитебной территории). Избыток свинца приводит к его накоплению в костной ткани (90%), печени, почках и головном мозге, свинец обладает канцерогенным эффектом, попадание в организм свинца в дозе свыше 1мг приводит к развитию множества побочных эффектов, таких как энцефалопатия, синдром са-

турнизма, головные боли, спастические запоры, свинцовые колики, анемия, депрессия, а при дозах, превышающих 10 мг, большинство случаев заканчивается летальным исходом. В качестве контрольного района был выбран Ворошиловский район, так как средняя концентрация свинца в почве не превышает 24мг/кг, ртути- 0,37 мг/кг. Анализ заболеваемости населения Буденновского района за период 2010-2013 гг. свидетельствует о более высоких показателях распространенности заболеваний (7,9-12,5%) по отношению к Ворошиловскому району и (5-8%) по отношению к общегородским показателям. Обращает на себя внимание рост распространенности заболеваний в военный период (2014-2016гг.) в сравнении с довоенным периодом: по отношению к Ворошиловскому району, рост показателей составил (8,9-14,3%), общегородским показателям- (7-9%). Это связано с недостаточной витаминизацией рационов питания населения в военный период, что обусловлено ухудшением социально-бытовых условий. Была проведена статистическая оценка связи между уровнем загрязнения почвы и уровнем заболеваемости с помощью коэффициента корреляции Пирсона.  $r = 0.75$ , что говорит о наличии сильной связи между двумя показателями. Выводы: 1) В ходе данного исследования было установлено наличие связи между уровнем загрязнения почвы тяжелыми металлами (свинец и ртуть) и ростом уровня заболеваемости в Буденновском районе г. Донецка 2) С учетом выраженной варибельности концентраций тяжелых металлов в почве даже в пределах одного района в дальнейшем планируется провести анализ заболеваемости населения по врачебным участкам. 3) Для жителей индустриального региона следует организовать превентивное питание на основе реализации принципов пектинопрофилактики. 4) В дальнейшем планируется разработка рационов питания для населения индустриальных районов с учетом необходимой витаминизации.



Лебедева Е.А.<sup>1</sup>, Беляевский С.А.<sup>3</sup>, Скобло М.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Городская больница №6, Ростов-на-Дону

<sup>3</sup>МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи, Ростова-на-Дону

## СПОСОБ КУПИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения этилметилгидроксипиридина сукцинат, по сравнению с препаратами группы бензодиазепинов, для купирования послеоперационного делирия у пожилых пациентов.

Материалы и методы: Дизайн исследования: проспективное контролируемое рандомизированное (методом конвертов) исследование, проходившее с 15.01.2016 по 30.04.2016 гг. Характеристика выборки: пациенты в возрасте старше 60 лет, которым требовалось оперативное вмешательство по экстренным показаниям и у которых в послеоперационном периоде возникал делирий. В исследование не включались пациенты, у которых при предоперационном осмотре нарушения когнитивных функций, такие как, изменения в ориентации, тревога, возбуждение, галлюцинации и/или пароксизмальное потение. Все пациенты были рандомизированы методом конвертов на две группы исследования: I - контрольная (26 пациента) и II - исследуемая (24 пациентов). Всем больным проводилась тотальная внутривенная анестезия тиопенталом натрия в дозе по 100 мг каждые 20-25 минут.

Пациентам I группы с целью купирования делирия, возникшего в послеоперационный период вводился бромдигидрохлорфенилбензодиазепин внутривенно струйно (в течение 5-7 мин) в дозе 1 мг. При сохраняющемся психомоторном возбуждении повторяли введение бромдигидрохлорфенилбензодиазепин внутривенной струйно (в течение 5-7 мин) по 1 мг с достижением максимально допустимой суточной дозы 9 мг). Пациентам II группы с целью купирования делирия, возникшего в послеоперационный период вводился этилметилгидроксипиридина сукцинат внутривенной струйно (в течение 5-7 мин) в дозе 200 мг. При сохраняющемся психомоторном возбуждении повторяли введение этилметилгидроксипиридина сукцинат внутривенной струйно (в течение 5-7 мин) по

200 мг с достижением максимально допустимой суточной дозы 800 мг.

Результаты: Группы пациентов не различались по возрасту ( $p=0,22$ ), гендерному составу ( $p=0,28$ ), тяжести состояния на момент поступления в операционную ( $p=0,52$ ). Возраст пациентов I группы был 72,0 (64,0; 78,0) лет, II - 70,0 (64,0; 76,0) лет. Доля женщин была в I группе составляла 46,2% (12 из 26 больных), во II группе - 45,8% (11 из 24 больных). Тяжесть состояния по шкале MODS 2 составляла в I группе 5,0 (4,5; 6,0) балла и во II 5,5 (4,5; 6,5) балла. В послеоперационном периоде статистически значимой разницы между группами сравнения в сроках перевода больного на спонтанное адекватное дыхание не выявлялось ( $p=0,34$ ). Так, в I группе восстановление спонтанного адекватного дыхания с возможностью отключения больного от аппарата искусственной вентиляции легких наблюдалось на 2,0 (1,0; 6,0) час с момента перевода больного из операционной в отделение реаниматологии; во II группе - на 2,5 (1,0; 6,5) час соответственно. В I группе для купирования послеоперационного делирия требовалась доза бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 6 (4;9) мг. Во II группе для купирования послеоперационного делирия требовалась доза этилметилгидроксипиридина сукцинат 600 (400; 800) мг. Во II группе применение максимально допустимых доз препарата для купирования делирия в послеоперационном периоде требовалось меньшему количеству пациентов по сравнению с I группой (в I группе 80%, во II - 62 %,  $p=0,02$ ). Во II группе пациентов количество пациентов, которым удалось полностью купировать явления делирия было статистически значимо больше, чем в I группе (в I группе 64%, во II - 86 %,  $p=0,016$ ). В группе с использованием бромдигидрохлорфенилбензодиазепин отмечалось более длительное угнетение сознания - 8,0 (4,0;10,0) часов, по сравнению со II группой (2,0 (1,0; 4,0);  $p=0,01$ ) и более позднее купирование делирия ( $p=0,04$ ).

Лебедева Е.А.<sup>1</sup>, Беляевский С.А.<sup>3</sup>, Скобло М.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Городская больница №6, Ростов-на-Дону

<sup>3</sup>МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи, Ростова-на-Дону

## ИВЛ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Цель исследования: определить эффективность и безопасность использования РЕЕР в пределах 8-9 см вод. ст. при проведении ИВЛ во время общей анестезии у пациентов с септическим шоком и морбидным ожирением.

Материалы и методы: Дизайн исследования: проспективное контролируемое рандомизированное (методом конвертов). В исследование вошли 50 пациентов. Характеристика выборки: пациенты в возрасте от 18 до 75 лет, имеющие индекс массы тела (ИМТ) более 40 кг/м<sup>2</sup>, которым требовалось оперативное вмешательство по экстренным показаниям при наличии нестабильной гемодинамики (систолическое артериальное давление без применения вазопрессоров ниже 90 мм р. ст., среднее артериальное давление ниже 60 мм рт. ст.). Оценка степени выраженности органной дисфункции до и после операции проводилась по шкале оценки множественной органной дисфункции Multiple organ dysfunction score MODS 2. Степень ожирения классифицировалась с помощью показателя индекса массы тела (ИМТ), представляющего отношение массы тела в кг к росту (кг/м<sup>2</sup>).

Все пациенты были рандомизированы методом конвертов на две группы исследования: I - контрольная (24 пациента) и II - исследуемая (26 пациентов). Всем больным проводилась тотальная внутривенная анестезия кетаминем в дозе 3-4 мг/кг/ч. Доза вазопрессоров (допамин) у всех пациентов устанавливалась индивидуально для поддержания целевых значений гемодинамики систолическое артериальное давление выше 90 мм р. ст., среднее артериальное давление выше 60 мм рт. ст. Расчет параметров вентиляции производился по идеальному весу тела (кг) Рост (см) - V, где V=100 для взрослых мужчин и 105 для взрослых женщин с поддержанием Sat выше 96 %.

Пациентам I группы во время анестезии устанавливался РЕЕР 10-12 см вод. ст. Пациентам II группы во время анестезии устанавливался РЕЕР 8-9 см вод. ст.

Статистическая обработка и оценка данных. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA 6,0 (StatSoft Inc., США). Анализ соответствия вида распределения признака закону

нормального распределения проводили с применением критерия Шапиро-Уилка. Качественные данные представлены как абсолютные и относительные частоты (проценты). Описательная статистика количественных признаков представлена в виде медианы (Me) и дисперсии - интерквартильного размаха (25 и 75 процентиля). В тексте представлено как Me (LQ; UQ). Сравнение независимых переменных в двух группах осуществляли непараметрическим методом с применением Манна-Уитни. Для оценки динамических изменений внутри групп применяли непараметрический критерий Вилкоксона для парных величин. Критерием значимости при статистических расчётах в данной работе по общепринятым в медико-биологических исследованиях правилам являлось значение показателя вероятности ошибки, или вероятности принятия ошибочной гипотезы (p) не более 5%, то есть p<0,05.

Результаты: Группы пациентов не различались по возрасту (p=0,34), гендерному составу (p=0,28), тяжести состояния на момент поступления в операционную (p=0,44). Возраст пациентов I группы был 68,0 (55,0; 72,0) лет, II - 70,0 (53,0; 74,0) лет. Доля женщин была в I группе составляла 66,7% (16 из 24 больных), во II группе - 57,7% (15 из 26 больных). Тяжесть состояния по шкале MODS 2 составляла в I группе 7,0 (6,5; 10,0) балла и во II 7,0 (7,0; 9,5) балла. Всем больным удавалось поддерживать уровень Sat во время операции в пределах нормы: в I группе 96 (94; 98) %; во II - 96 (94; 98) %, p=0,34. В послеоперационном периоде статистически значимой разницы между группами сравнения в сроках перевода больного на спонтанное адекватное дыхание не выявлялось (p=0,28). Так, в I группе восстановление спонтанного адекватного дыхания с возможностью отключения больного от аппарата искусственной вентиляции легких наблюдалось на 8,0 (4,0; 16,0) час с момента перевода больного из операционной в отделение реаниматологии; во II группе - на 7,5 (4,0; 15,5) час соответственно. Однако, в группе с применением в условиях проведения анестезии у пациентов с септическим шоком и морбидным ожирением РЕЕР в пределах 8-9 см вод. ст., по сравнению с группой РЕЕР 10-12 см вод. ст., требовалось при-

менение меньшей дозы вазопрессоров для поддержания целевых значений гемодинамики систолическое артериальное давление выше 90 мм рт. ст., среднее артериальное давление выше 60 мм рт. ст. ( $p=0,03$ ). Так, в I группе доза дофамина составляла 10 (8; 16) мкг/кг/мин идеальной массы тела, в то время как во II группе - 7 (6; 9) мкг/кг/мин идеальной массы тела.

**Линчевский Г.Л., Головки О.К. Бессонов Д.А.**

*Донецкий национальный медицинский университета им. М. Горького*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Показатель младенческой смертности (МС) по Республике за последние два года колеблется в пределах 5,9-14,1%. Показатели младенческой смертности по городам и районам Республики, как многокомпонентная составляющая, отражают не только качественный уровень оказания специализированной медицинской помощи новорожденным детям на уровне родильных домов и отделений, но и весь спектр организационных проблем здравоохранения в условиях экономической блокады.

Возрастная структура МС соответствует данным ВОЗ – удельный вес неонатальной смертности (НС) должен быть в структуре МС на уровне 70% и выше. По Республике НС составляет 63,2%, что укладывается в международные нормативы, при этом ранняя неонатальная смертность (РНС) составляет 56,7%. В структуре МС по классам заболеваний первое место, с показателем удельного веса 66,4%, занимают отдельные состояния перинатального периода, такие как: синдром дыхательных расстройств – 21,1%, внутрижелудочковые кровоизлияния – 31,0%, перинатальная лейкомаляция – 18,3% и внутриутробная инфекция, гипоксия, НЭК и др.

Все эти составляющие состояния перинатального периода напрямую связаны не только с качеством оказания первичной реанимационной помощи и интенсивной терапии в родильных домах и родильных отделениях наших лечебных учреждениях, но и уровня здоровья женщин фертильного возраста и качества диспансерного наблюдения беременных.

**Заключение:** Использование РЕЕР в пределах 8-9 см вод. ст. при проведении ИВЛ во время общей анестезии у пациентов с септическим шоком и морбидным ожирением улучшает оксигенацию, предотвращая возникновение ателектазов и не усугубляет гемодинамические нарушения.

Результаты сравнительного анализа показателей неонатальной смертности по городу Донецку и городам и районам Республики свидетельствует в пользу г.Донецка, где родильные отделения и перинатальные центры, их обеспеченность кадрами и доступность к высококвалифицированной специализированной помощи второго и третьего уровня позволяют сохранить жизнь новорожденным из группы риска отдельных состояний перинатального периода.

Решение вопросов качественной неонатальной помощи новорожденным группы риска в периоде экстренной и ранней неонатальной адаптации напрямую зависят от обязательного внедрения современных рекомендаций по стандартизации программ первичной реанимации новорожденных с реанимацией и интенсивной терапией в родильных домах первого и второго уровня. А владение современными знаниями по физиологии и патологии переходного периода доношенных и различных групп недоношенных новорожденных позволит специалистам сократить потери и улучшить показатели ранней неонатальной и неонатальной смертности.

В представленных материалах, полученных на основании собственных наблюдений с учетом международных рекомендаций Согласительных комитетов и комиссий, обсуждаются современные взгляды и подходы к диагностике, профилактике и терапии синдромов патологии переходного периода, имеющих преобладающее большинство в структуре показателей неонатальной смертности.

Литвинова О.Н.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ НА ФОНЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

В нашей работе методами функциональной диагностики мы определяли нарушения моторно-эвакуаторных свойств толстой кишки, изучали ее двигательную активность с вовлечением в патологический процесс тех или иных ее сегментов.

В основу нашей работы положен опыт обследования 389 больных с хроническими запорами на фоне аномалий развития толстой кишки. Представлены функциональные методы исследования толстой кишки в зависимости от вида запора. На основании результатов исследования предложено выделять хронический запор - кологенный и проктогенный.

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.

Нами проведено исследование эвакуаторной способности прямой кишки и сегментов толстой кишки. Для изучения эвакуаторной способности прямой кишки мы применили метод имитации акта дефекации.

Латексный баллон вводили в прямую кишку больному, лежащему на левом боку. 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, больного 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. Данный метод позволяет доказать наличие инертной прямой кишки при проктогенных запорах. Эту группу составили 323 (83,03%) больных.

Ранее для исследования эвакуаторной способности сегментов толстой кишки применялись рентгенологические методы исследования. Данный функциональный метод нами выполнялся при помощи УЗИ, что позволило полностью исключить многократную лучевую нагрузку на больного.

Через 1-2 часа после утренней очистительной клизмы, исследуемый принимал внутрь 10 гранул. Через 24 часа проводили УЗ - исследование толстой кишки. Определяли ободочно-прямокишечный градиент как отношение числа гранул, находящихся в прямой кишке, к их общему числу. Затем в течение последующего времени собирали кал и подсчитывали число гранул. Определяли градиент опорожнения как процентное отношение числа гранул в кале к их общему числу. Если ободочно-прямокишечный градиент не превышал 90%, это свидетельствовало о наличии кологенного хронического запора. По нашим наблюдениям эту группу составили 66 (16,97%) больных, что соответствовало ранее нами установленным диагнозам долихосигмы и болезни Пайра. При градиенте изгнания менее 80% диагностировали терминальный хронический запор. Эта группа 323 (83,03%) больных совпала с ранее нами установленным диагнозом мегаколон и инертной прямой кишки.

Необходимо отметить, что в подавляющем числе обследуемых больных были женщины (до 80%). В связи с этим нами проводилась УЗ-диагностика эвакуаторной способности сегментов толстой кишки с применением вагинального датчика, при которой расположение гранул определялось более четко, а также для сопоставления УЗ-картины при использовании обычного датчика.

Примененные нами методы, позволили индивидуализировать подход к выбору лечебной тактики и удобны при анализе отдаленных результатов лечения, не требуют больших материальных затрат и могут проводиться амбулаторно.



Лохматова И.А., Ершова И.Б.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ

Лидирующее место среди геогельминтозов в мире занимает аскаридоз. Согласно мировой статистике, около 800 миллионов человек (21,65 на 100 тыс. населения) каждый год заболевают аскаридозом, подавляющее число инфицированных составляют дети. Многочисленными исследованиями были доказаны ряд факторов, которые оказывает *A. lumbricoides* на нутритивный статус детей: плохая всасываемость микронутриентов (Solomons, 1993; Crompton&Nesheim, 2002), задержка роста (Tarenetal., 1987), конкурирование за микронутриенты (Curtaleetal., 1993), потеря аппетита и сокращение количества принимаемой пищи (Stephensonetal., 1993). Нарушения нутритивного статуса, вызываемые геогельминтами, оказывают значительное воздействие на рост и физическое развитие. Любые нарушения функций органов пищеварения ведут к дисбалансу биоэлементного состава организма, ведь для большинства микроэлементов основными регуляторными механизмами гомеостаза являются процессы всасывания, преимущественно из пищеварительного тракта.

Цель: оценить эффективность включения витаминно-минеральных комплексов в лечебно-реабилитационные мероприятия у детей с кишечной фазой аскаридоза.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 133 ребенка (экспериментальная группа – 65 чел., группа сравнения 68 чел.) с подтвержденным диагнозом аскаридозом от 1 до 18 лет. В комплексной терапии аскаридоза у детей экспериментальной группы использовали витаминно-минеральный комплекс, подобранный согласно возрасту ребенка, АЛФАВИТ®. В группе сравнения дети в составе аналогичных лечебно-реабилитационных мероприятий не получали витаминно-минеральные комплексы. Анализ результатов клинической эффективности был проведен через 1 и через 3 месяца от начала лечения.

Результаты. Дисфункции пищеварения в экспериментальной группе снизились до 35,38% (23 чел.) через 1 месяц, а через 3 месяца до 6,15% (4 чел.). В группе сравнения жалобы на нарушение пищеварения сохранялись у детей достоверно чаще (55,88% и 26,47% соотв.;  $p < 0,05$ ). Жалобы на абдоминальный болевой синдром у детей экспериментальной группы снизились в 2 раза через 1 мес. (26,15% - 17 чел.), через 3 месяца отмечались у 1 ребенка (1,54%). В группе сравнения через 1 мес. Этот показатель составил 44,11% (30 чел.), а через 3 мес. 20,59% (14 чел.). Иммунологическая дезадаптация через 1 мес. отмечалась у 33,84% (25 чел.) и у 7,69% (5 чел.;  $p < 0,01$ ) через 3 мес. в экспериментальной группе, а в группе сравнения – 42,65% (29 чел.) и 30,77% (20 чел.) соответственно. Такая же ситуация с динамикой ликвидации аллергических заболеваний: экспериментальная группа - 38,46% (25 чел.) через 1 мес., 10,77% (7 чел.) через 3 мес.,  $p < 0,05$ ; группа сравнения – 55,88% (38 чел.) и 26,47% (18 чел.) соотв. Астенический синдром через 1 мес. снизился до 50,77% (3 чел.) в экспериментальной группе, в группе сравнения наблюдался у 69,12% (47 чел.), через 3 месяца показатели имели отличия при  $p < 0,01$ : 15,38% (10 чел.) и 50,0% (34 чел.).

Выводы: 1. Предложенный комплексный подход при лечении аскаридоза у детей является эффективным и способствует ускоренной ликвидации наиболее выраженных клинических проявлений. 2. У детей достоверно быстрее исчезают функциональные нарушения пищеварения, абдоминальный болевой и астенический синдромы, иммунологическая дезадаптация и аллергические заболевания. 3. Положительная динамика исчезновения клинических проявлений была выявлена у детей всех возрастов, что подтверждает эффективность использования ВМК в лечебно-реабилитационных мероприятиях аскаридоза.

Лунева Н.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ТЕЧЕНИЯ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель. Проанализировать течение беременности и выявить особенности исходов беременностей у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани для определения возможных профилактических мероприятий направленных для предупреждения осложнений.

В настоящее время по-прежнему остается актуальной проблема универсальности соединительнотканного дефекта при недифференцированной дисплазии соединительной ткани, важную роль занимает разнообразие висцеральных изменений, часть из которых может иметь серьезные клинические последствия. В частности, генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс женской репродуктивной системы не может не отразиться на течении беременности и родов. Однако данный аспект мультифакториального механизма развития недифференцированной дисплазии соединительной ткани изучен недостаточно.

Материалы и методы. Проанализированы 312 историй родов беременных с наличием наиболее распространенных висцеральных фенотипических маркеров дисплазии соединительной ткани (пролапс сердечных клапанов, аномально расположенная хорда левого желудочка, дефект межпредсердной перегородки, аномалии почек, варикозное расширение вен нижних конечностей), находящихся на лечении в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства. Достоверность различий в частоте анализируемых осложнений в указанных группах пациенток оценивалась по критерию  $\chi^2$ , при анализе количественных признаков использовался критерий Стьюдента, порядковых критерий Манна-Уитни.

Результаты. Учитывая наши данные, у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани чаще отмечалось осложненное течение беременности и родов (89,5% против 51,3%,  $p < 0,001$ ). В основной группе достоверно чаще встречались отеки, нефропатия, преэклампсия и эклампсия, преждевременные роды, родовой травматизм (разрывы промежности и влагалища), а также другие осложнения. Кроме того, у женщин с недифференцированной дис-

плазией соединительной ткани отмечена тенденция к большему объему кровопотери в родах:  $448,2 \pm 53,4$  мл против  $410,7 \pm 45,1$  мл. при пособиях. Родоразрешение путем кесарева сечения по акушерским показаниям было предпринято в 67,1% случаев в основной и в 27,8% – контрольной группе, амниотомия – соответственно в 7,4% и 4,2%, эпизио- и перинеотомия – в 12,7% и 6,4%. Все роды завершились рождением живых младенцев. У беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани чаще регистрировался синдром задержки внутриутробного развития и хроническая гипоксия плода. В основной группе втрое чаще рождались недоношенные дети, выше был процент больных новорожденных – соответственно 42,9% и 37,8%. В структуре заболеваемости младенцев, рожденных от матерей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, преобладало ишемически-гипоксическое повреждение центральной нервной системы, несколько чаще встречались врожденные пороки развития (крипторхизм, дисплазия тазобедренного сустава). Кроме того, в основной группе нами были отмечена более низкая масса тела детей при рождении ( $3633,3 \pm 54,0$  г против  $3990,8 \pm 69,8$  г,  $p < 0,001$ ) и более низкий балл по шкале Апгар ( $7,5 \pm 0,2$  против  $8,0 \pm 0,1$ ,  $p < 0,05$ ).

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют отнести женщин с генетически предопределенной «слабостью» соединительной ткани, обозначаемой в нашем исследовании как недифференцированная дисплазия соединительной ткани, к группе риска по акушерской и перинатальной патологии. Установлена тенденция к росту частоты патологических родов, включая операции кесарева сечения как с гестационным возрастом, так и с возрастом родильниц с клиническими проявлениями недифференцированной дисплазии соединительной ткани, что свидетельствует о необходимости выявления групп риска по акушерским осложнениям беременности и родов, для рациональной акушерской тактики их ведения в зависимости от степени проявления синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Луцкий И.С., Кишеня М.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА AGT С ФОРМИРОВАНИЕМ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Перспективным направлением поисков механизмов формирования артериальной гипертензии (АГ) является исследование роли генетических факторов ее развития. Одним из таких генов является ген ангиотензиногена (AGT), локализованный на длинном плече 1-й хромосомы в локусе 1q42-q43 и содержит 5 экзонов.

Изучали ассоциацию полиморфизмов Thr174Met и Met235Thr гена AGT с артериальной гипертензией (АГ) в условиях действия хронического стресса (ХС). Обследовали 141 машиниста магистральных локомотивов (ММЛ), у которых длительность действия ХС определяла частоту и тяжесть АГ. У 61 ММЛ с АГ и 50 без АГ исследовали генотипы указанных полиморфизмов гена AGT. Для полиморфизма Thr174Met получили следующее соотношение генотипов: в группе ММЛ с АГ генотип Thr174Thr встречался в 70.49% случаев, генотип Thr174Met – в 27.87%, Met174Met – в 1.64%; в группе без АГ соотношение составило 70%, 28% и 2% соответственно. Оценка рисков АГ при исследованных генотипах не выявила статистически значимых ( $p(\chi^2)=1.034$ ). При изучении полиморфизма Met235Thr выявили следующие соотношения генотипов: в группе ММЛ с АГ генотип Thr235Thr встречался в 19.67% случаев, генотип Thr235Met – в 54.1%, Met235Met – в 26.23%; в группе без АГ соотношение составило 76%, 16% и 8% соответственно. Оценка рисков АГ показала, что носители генотипов Thr235Met и Thr235Thr, а также аллельного варианта Thr имеют высокие риски развития АГ ( $p(\chi^2)=1.034$  и  $p(\chi^2)=0.0001$  соответственно).

Проведенный анализ взаимосвязи продукции вазорегуляторных веществ у ММЛ с АГ продемонстрировал статистически значимую зависимость их содержания от полиморфизма Met235Thr гена AGT. При генотипах Met235Thr и Thr235Thr наблюдалось снижение значений NO<sub>2</sub>- как в сравнении с контролем ( $p<0.0001$ ), так и в сравнении генотипом Met235Met ( $p=0.0106$  и  $p=0.0016$  соответственно). Таким образом, при

генотипах Met235Thr и Thr235Thr полиморфного варианта Met235Thr AGT гена на фоне высоких цифр АД происходит формирование процессов эндотелиальной дисфункции (ЭД) [Bermúdez et al., 2008], который более интенсивно протекает при генотипе Met235Thr и Thr235Thr.

У ММЛ с АГ при наличии гетерозиготного генотипа Met235Thr концентрация в крови ЭТ-1 была статистически значимо выше в сравнении с контролем ( $p=0.0309$ ) и генотипом Met235Met ( $p=0.0328$ ). Также наблюдался рост значений АП II, который был выше уровней в сравнении с контролем ( $p=0.1525$ ) и статистически значимо превосходил показатели при генотипе Met235Met ( $p=0.011$ ). У машинистов с АГ с генотипом Thr235Thr содержание ЭТ-1 и АП II было статистически значимо выше как в сравнении с контролем ( $p<0.0001$ ), так и в сравнении с генотипами Met235Met ( $p=0.0001$  и  $p=0.0007$  соответственно) и Met235Thr ( $p=0.0272$  и  $p=0.0025$  соответственно). Получено статистически значимое увеличение толщины КИМ ОСА ( $p=0.0006$ ) в зависимости от генотипа указанного гена (табл. 8). В группе ММЛ с АГ с генотипом Met235Met, в которой процессы ЭД не имели выраженного характера, размер КИМ ОСА был близок к значениям группы контроля ( $p=0.8512$ ). При генотипе Thr235Thr значения КИМ ОСА были максимальны как в сравнении с контролем ( $p<0.0001$ ), так и в сравнении с генотипами Met235Met ( $p=0.0011$ ) и Met235Thr ( $p=0.0096$ ).

Экспрессия в условиях действия факторов ХС генотипов Met235Thr и Met235Thr полиморфного маркера Met235Thr гена AGT повышает риски формирования артериальной гипертензии. Неблагоприятным выглядит сочетание указанной экспрессии полиморфного маркера Met235Thr гена AGT с экспрессией генотипов I/D и D/D делеционного полиморфизма гена ACE. Помимо высоких рисков развития артериальной гипертензии экспрессия упомянутых генотипов сопровождается развитием процессов эндотелиальной дисфункции.

**Е.И Луцкий**

*Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ ПОДВЕРЖЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА**

Цель работы. Изучить состояние когнитивных функций (КФ) у лиц, подверженных воздействию хронического стресса (ХС) с использованием стандартных методик нейропсихологического тестирования.

Материал и методы. Исследование проведено на базе неврологического отделения дорожной клинической больницы станции Донецк и диагностического отделения областной травматологической больницы города Донецка. Обследован 101 машинист магистральных локомотивов (ММЛ) и помощники машиниста магистральных локомотивов (ПМ), которые составили основную группу (ОГ). ОГ была представлена мужчинами в возрасте от 18 до 58 лет, стаж работы которых составил от 0,5 года до 34 лет. С учетом возраста и стажа работы ММЛ и ПММЛ были разделены на 5 групп. Первую группу составили 20 ММЛ и ПММЛ со стажем работы до 1 года, возраст находился в пределах от 18 до 20 лет (средний возраст (СВ) –  $19,56 \pm 0,16$ ). Во вторую группу вошло 21 человека со стажем работы 5-7 лет, возраст которых составил от 24 до 28 лет (СВ  $26,5 \pm 0,21$ ). Третья группа - 20 ММЛ и ПММЛ, которые имели стаж работы от 14 до 17 лет, возраст обследуемых находился в интервале от 35 до 38 лет (СВ  $36,2 \pm 0,22$ ). Четвертую группу составили 20 человек со стажем работы 21 – 24 года в возрасте от 44 до 48 лет (СВ  $45,86 \pm 0,23$ ). В 5 группу вошло 20 человек, стаж работы которых превышал 30 лет, возраст находился в пределах от 53 до 58 лет (СВ  $55,43 \pm 0,29$ ). В качестве контроля обследовано 100 практически здоровых мужчин добровольцев в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст 37,8 лет). Критерии включения: мужской пол, профессиональная деятельность не связана с движением поездов, отсутствие значимых стрессорных воздействий в быту. Они были распределены на 5 групп по 20 человек в зависимости от возраста, аналогичные распределению ОГ.

Оценка состояния КФ включала исследование памяти, внимания, мышления, речи, зрительно-пространственных и регуляторных функций. Применялись тесты направленные как на ком-

плексное, так и на более изолированное изучение КФ. Комплексная оценка проводилась с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), изолированная включала проведение корректурной пробы, таблиц Шульте.

Результаты и обсуждение. При комплексной оценке КФ зафиксировано уменьшения результатов тестирования MoCA с возрастом, как среди ММЛ и ПМ, так и контроля, при этом выявленные отличия не являлись статистически значимыми. Следует отметить, что в ОГ и КГ полученные результаты не фиксировались ниже 27б, что свидетельствует об отсутствии когнитивного снижения по MoCA.

При оценке внимания с использованием таблиц Шульте, выявлено снижение внимания в ОГ спустя 5-7 лет воздействия стрессорных факторов. При этом полученные отличия через 30 лет воздействия ХС являлись статистически значимыми. Результаты проведения корректурной пробы, характеризуются увеличением времени прохождения задания и снижении его качества с возрастом, как в ОГ, так и КГ. При этом в ОГ снижение коэффициента устойчивости внимания, концентрации внимания, продуктивности работы, статистически значимо отличается от КГ в 4, 5 группах.

Выводы или Заключение. Данные полученные при выполнении корректурной пробы и при поиске цифр по методике Шульте указывают на то, что воздействие хронического стресса является ведущим фактором, приводящим к развитию дезинтеграции внимания у ММЛ и ПММЛ. Процессы снижения внимания начинают формироваться после 5 – 7 лет работы в условиях, связанных с выполнением их профессиональной деятельности и принимает закономерный характер после 14 – 17 лет работы. Данные наблюдения свидетельствуют о негативном влиянии длительного стресса на состояние КФ. Также следует отметить, что использованием комплексных шкал является не информативной в выявлении начальных проявлений стресс-ассоциированных когнитивных нарушений.



Лящук А.В.<sup>1</sup>, Торба А.В.<sup>1</sup>, Мирошниченко П.В.<sup>2</sup>, Пронин И.В.<sup>2</sup>, Чайка О.О.<sup>1</sup>,  
Киндрицкая Ю.Г.<sup>2</sup>, Нижельский В.Е.<sup>2</sup>, Кателенец М.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

<sup>2</sup>ГУ «Луганская республиканская клиническая больница»

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБАМИ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Острые тромбозы в системе нижней полой вены (НПВ) являются одними из наиболее распространенных сосудистых заболеваний. На их долю приходится более 95 % всех венозных тромбозов, именно они в подавляющем большинстве случаев представляют реальную опасность как источник массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). ТЭЛА является третьей, наиболее часто встречающейся причиной смерти после ишемической болезни сердца и инфаркта мозга. Смертность в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. ТЭЛА и тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) – это два проявления одной болезни, которые имеют одинаковые факторы риска и объединены в одно понятие венозный тромбоэмболизм (ВТЭ). Риск развития ТЭЛА особенно высок у пациентов с флотирующим тромбом, когда часть тромба находится в интенсивном потоке крови и имеет единственную точку фиксации в своем дистальном отделе, тогда как остальная часть тромба расположена свободно и на всем протяжении не связана со стенкой вены. Несмотря на определенные успехи в усовершенствовании диагностических технологий, вопросы обследования и определения тактики лечения больных с острым тромбозом системы НПВ остаются не до конца решенными.

Цель настоящей работы – оценить эффективность хирургического лечения больных с флотирующими тромбами системы НПВ.

Материалы и методы. В период с января 2012 г. по июнь 2017 г. пролечено 1014 пациентов с флотирующими тромбами системы НПВ. Все больные были обследованы согласно клиническим протоколам и разделены на две группы. В 405 (39,9%) случаях, флотирующий тромб сформировался в результате восходящего варико-тромбофлебита малой и большой подкожной вены с переходом верхушки тромба на общую бедренную вену (группа I). У 609 (60,1%) больных, патологический процесс исходно локализовался в глубоком венозном русле, тромботическое поражение бедренной вены стало следствием восходящего распространения тромбоза из берцовых и подколенной вен (группа II). Ультразву-

ковое дуплексное ангиосканирование с цветным доплеровским картированием кровотока является «золотым стандартом» флотирующего тромба. Исследование проводилось на аппаратах: Mindray DC-7 фирмы «Радиомед Центр» линейным датчиком с частотой 8-12 МГц и MyLab 40 фирмы «Мед Эксим» линейным датчиком с частотой 7,5-12 МГц. Во всех наблюдениях после постановки диагноза в целях профилактики ТЭЛА применяли активную хирургическую тактику. В группе I: в 75 случаях (18,5%) выполнена нижняя кроссэктомия; в 184 случаях (45,4%) выполнена верхняя кроссэктомия; в 146 случаях (36,1%) выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены (ОБВ) с перевязкой большой подкожной вены (БПВ). В группе II: в 228 случаях (37,5%) выполнена пликация поверхностной бедренной вены (ПБВ); тромбэктомия из ОБВ с пликацией ПБВ в 281 случае (46,1%); тромбэктомия с пликацией наружной подвздошной вены (НарПВ) в 83 случаях (13,6%); в 17 случаях (2,8%) выполнена тромбэктомия из НПВ с пликацией.

Результаты и обсуждение. Все пациенты отмечали положительную динамику лечения после операции. Распространения тромбоза выше уровня перевязки не было. Летальных исходов не отмечено. В группе I у 29 (7,2%) больных и во II группе у 53 (8,7%) больных была послеоперационная лимфорея, которая была купирована медикаментозно. У 73 (12%) больных во II группе был послеоперационный отёк оперированной нижней конечности, который был купирован приёмом МОФФ, экстрактом красных листьев винограда и ношением компрессионного трикотажа. У всех пациентов на момент выписки из стационара симптомы венозного стаза регрессировали.

Выводы:

Больных с клинической картиной тромбоза магистральных вен необходимо тщательно обследовать с использованием ультразвукового дуплексного сканирования.

При восходящем варико-тромбофлебите большой подкожной вены с эмболоопасным тромбом в ОБВ, тромбэктомия из ОБВ с последующей кроссэктомией является доступным и на-

дежным методом профилактики ТЭЛА и предотвращения тромботического поражения глубоких вен.

При эмболоопасном тромбозе бедренной вены пликация ПБВ тотчас дистальнее впадения

глубокой вены бедра, дополненная при необходимости тромбэктомией из ОБВ, служит эффективным методом хирургической профилактики ТЭЛА.

**Макарчук О.В., Швадченко Ю.Ю., Кучеров С.А., Макиенко Е.Г., Чигринов Д.А., Костямин Ю.Д., Кузнецов А.С.**

*Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ЭМБОЛИЗАЦИОННЫХ МЕТОДИК В ХИРУРГИИ**

**Вступление:** В последнее десятилетие в кардиохирургии все больше предпочтения отдается малоинвазивным эндоваскулярным процедурам. Стентирование коронарных артерий, закрытие дефектов межпредсердных и межжелудочковых перегородок, алкогольная септальная абляция и т.д. все больше входят в рутинную практику кардиохирургов и интервенционных хирургов, вытесняя традиционные «громоздкие» хирургические методы лечения. Одним из перспективных направлений для изучения и расширения спектра применения эндоваскулярных вмешательств является эмболизация «симптомзависимых» артерий.

**Цель:** продемонстрировать результаты эндоваскулярной эмболизации в лечении пациентов ДоКТМО за период 2009-2017гг.

**Материалы и методы:** в отделении кардио- и рентгеноваскулярной хирургии ДоКТМО за период с 2009 по 2017 г было выполнено 255 оперативных пособий по эмболизации «симптомзависимой» артерии. Из них 204 эмболизации маточных артерий при миомах матки, 5 эмболизаций почечных артерий при злокачественном процессе почки с последующей нефрэктомией, отсроченной на сутки (для технического облегчения нефрэктомии выполнялась эмболизация не собственно ствола почечной артерии, а ее ветвей второго порядка). Для купирования кровотечения из почечных лоханок как осложнения чрезкожных пособий по поводу мочекаменной болезни было выполнено 15 супселективных эмболизаций ветвей почечных артерий с ложными аневризмами и/или артерио-венозными фистулами в ургентном порядке (в данном случае

отсутствовала необходимость последующей нефрэктомии). Выполнено в экстренном порядке 12 эмболизаций ложных аневризм различной локализации. Во всех случаях этиологией являлась травма. Из них 3 аневризмы селезеночной артерии (отсроченная спленэктомия выполнялась в плановом порядке), 6 аневризм нижней годичной артерии, 2 аневризмы глубокой артерии бедра, и 1 аневризма околоушной артерии. Эндоваскулярная эмболизация была применена для эмболизации артерий щитовидной железы при загрудинном расположении зоба (3 случая). 8 случаев применения процедуры эмболизации при лечении заболеваний другой этиологии (аденома предстательной железы, артериовенозная мальформация, ангиодисплазия, варикоцеле).

**Результаты:** во всех случаях была выявлена высокая эффективность лечения, что подтверждалось непосредственным ангиографическим контролем и применением ультрозвуковых методик исследования через 1 и 7 суток после вмешательства (эффективность лечения более 98%, в 2% случаев потребовалась повторная эмболизация).

**Заключение:** Эндоваскулярная эмболизация — прогрессивная, малоинвазивная, высокоэффективная хирургическая методика, применяемая в лечении пациентов ДоКТМО. Широкий спектр применения данных процедур позволяет не только уменьшаться сложность и длительность последующего вмешательства, но и в случае невозможности выполнения традиционного хирургического пособия может быть использована как альтернативный способ лечения.

Максименко О.Л., Прокопенко Е.Б., Бубликова А.М., Антонова Л.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕЙРОНОВ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И МЕТОДЫ НАПРАВЛЕННОЙ КОРРЕКЦИИ

Ишемическое поражение ткани головного мозга (нейронов, глиоцитов) вызывает каскад патогенетических событий включающих: снижение капиллярной перфузии и трофики нейронов, нарушение барьерной функции эндотелия, повышение адгезии циркулирующих форменных элементов крови, провоспалительную активацию клеток в зоне повреждения, протромбогенную стимуляцию со стороны сосудистой стенки. Следствием этих событий является развитие оксидативного стресса с повышением генерации свободных радикалов, которые вызывают повреждение мембран, митохондриальной и ядерной ДНК, вызывая гибель нейронов и продукцию медиаторов воспаления.

Одним из важных триггеров воспалительных событий в зоне нарушения церебрального кровообращения являются тромбоциты. С одной стороны эти форменные элементы крови непосредственно вовлечены в патогенез атеротромбоза и окклюзию церебральных сосудов, с другой стороны, активация тромбоцитов сопровождается секрецией гранул, содержащих хемокины, опосредующих тромбоцит-лейкоцитарные взаимодействия. Благодаря этому, тромбоциты сегодня рассматриваются как ключевые индукторы воспаления в зоне повреждения сосудистой стенки, а использование антиагрегационной терапии считается базисным направлением профилактики острых нарушений мозгового кровообращения

Изучение патобиологии нейронов в условиях ишемии позволило установить ряд интересных фактов. Так, выяснилось, что поражение мозга при инсульте связано со сложными каскадами взаимодействия форменных элементов крови, плазмы, эндотелия, нейронов, глии и сосудистой стенки. Глубина таких взаимодействий детерминирует различную степень и характер альтерации структур мозга и, соответственно, степень неврологического дефицита, их продолжительность определяет временные границы для проведения адекватной терапии, то есть «окно терапевтических возможностей». При этом лечебная тактика должна быть синхронизирована с процессами, происходящими в зоне повреждения и перифокальной зоне.

Дальнейшее повреждение нервной ткани в течение нескольких дней или даже недель является результатом вторичных процессов, сопровождающих ишемию, периваскулярного отека и развития воспаления с участием комплемента. Причем развитие воспалительного каскада при поражении мозга определяется включением реакций неспецифического иммунитета, которые разворачиваются уже через несколько часов после острого нарушения мозгового кровообращения.

Результаты исследований последних лет и в том числе – собственных наблюдений показали, что именно с участием лейкоцитов, во многом, связано развитие ранних и поздних осложнений инсультов, а также развитие летального исхода.

Машир В.В.

## ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА. ОБОРУДОВАНИЕ

Сейчас во всем мире среди врачей и людей, не имеющих отношения к врачебной специальности, идет процесс изменения отношения к традиционным концепциям медицины и лечения. До сих пор традиционная медицина продолжает реагировать на эти изменения общественного сознания крайне медленно и неохотно, а порою и агрессивно. Типичной характеристикой этого процесса является более серьезное отношение к тому факту, что медицина является биологической наукой. А поскольку человек

является творением природы, то должен находиться в гармонии с ней, постоянно пребывающей в движении и изменении.

В настоящее время на стыке различных наук создаются новые современные медицинские технологии и направления. Среди них - энергоинформационные способы и оборудование для диагностики, лечения и профилактики самых разнообразных заболеваний.

Доношу до сведения коллег информацию о том, что разработано и более 10-и лет успешно

работает в ряде стран не имеющее аналогов за всю историю развития медицины компактное медицинское оборудование (т.н. «Спектральный комплекс»), имеющее разрешения к применению и патенты в ЕС, России, Украине и др., Госрегистрации МЗ. Данное оборудование позволяет проводить практически полное терапевтическое и широчайшее инфекционно-паразитарное (от вирусов до гельминтов) диагностическое обследование с вероятностью около 90% без сдачи каких-либо анализов ибиоматериалов, и устранять выявленные и/или уже имеющиеся острые и хронические заболевания практически без применения (или с существенным уменьшением доз и количества) антибиотиков, фармакологических и гомеопатических препаратов, БАДов, оперативных вмешательств. Безусловно, исключая urgentные хирургические и травматологические ситуации, стоматологические манипуляции и протезирование, родовспоможение, онкологические заболевания с обширным метастазированием и ряд патологий, причины и методы лечения которых классической медицине неизвестны. Особо ценно то, что данное оборудование позволяет диагностировать широчай-

ший список заболеваний в стадии их развития и до их клинического проявления.

Запись информации о состоянии пациента производится за время от 3-х секунд до 3-х минут, впоследствии 40-60 минут производится расшифровка данных на основании методик и опыта врача и/или лечебное воздействие. Лечебные сеансы проводятся в среднем 1 раз в неделю (возможен интервал между сеансами от 1 до 10 дней), с определенными временными перерывами.

Таким образом, можно смело утверждать, что применение данного метода и оборудования открывает широчайшие перспективы как в диагностике заболеваний, так и в излечении как известных традиционной медицине острых и хронических заболеваний, так и ряда патологий, считающихся не до конца изученными и неизлечимыми.

Оборудование награждено медалью им. К.Э. Циолковского Федерации космонавтики России, является финалистом Всеукраинского конкурса инноваций в 2009 г. и Дипломантом 4-го Национального конгресса «Модернизация и технологическое развитие экономики России».

**Мельник А.В., Мельник В.А., Колесникова Т.И., Куляс В.М.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

## **НЕКОТОРЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ (ДНР)**

На территории Донецкой Народной Республики (ДНР) находятся 148 государственных клиничко-диагностических лабораторий, что составляет 53% от бывшей Донецкой области. Сохранилось 82 % лабораторий областного (республиканского) значения. С сентября 2014 года лабораторная служба в ДНР оказалась в ситуации полной блокады по предоставлению услуг по лицензированию/аттестации/аккредитации клиничко-диагностических лабораторий лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) ДНР.

Нами была проанализирована отчетная информация по основным направлениям деятельности лабораторной службы ДНР, путям оптимизации организации структуры клиничко-диагностической лабораторной диагностики и определены наиболее проблемные вопросы лицензирования (аттестации, аккредитации) работы клиничко-диагностических лабораторий ЛПУ МЗ Донецкой Народной Республики.

Для достижения необходимого уровня качества и достоверности лабораторных исследований клиничко-диагностических лабораториях в ДНР следует регулярно проводить их аттестацию (аккредитацию) на право проведения исследований (т.н. ведомственный контроль), а в дальнейшем - обеспечивать проведение внутрилабораторного контроля их качества. Важным аспектом на пути достижения этой цели является участие клиничко-диагностических лабораторий в независимой внешней оценке качества лабораторных исследований.

Для оптимизации работы клиничко-диагностических лабораторий в направлении повышения качества и достоверности полученных результатов исследований назрела необходимость создания Референс-центра при Министерстве здравоохранения ДНР, наделенного соответствующими полномочиями для проведения данной работы. Также крайне необходимо обеспечить возможность участия заведу-



ющих клинико-диагностических лабораторий в выборе аналитически надежных тест-систем и других расходных материалов при действенной поддержке руководителями ЛПУ.

Рациональная организация структуры КДЛ, централизация лабораторных исследований должна включать в себя анализ материально-технической базы лабораторий и рационального использования лабораторного оборудования. Основные проблемы: устаревший парк оборудования, отсутствие современных анализаторов с необходимой производительностью, нерациональное использование имеющегося оборудования, недостаточное финансирование лабораторий, что не позволяет использовать имеющееся оборудование в полном объеме, также усугубляет ситуацию отсутствие инженерного обеспечения и сервисной поддержки и анализ лабораторной службы ДНР в разрезе возможности централизации. На сегодняшний день актуален вопрос организации преаналитического этапа в

условиях централизации лабораторных исследований.

Оптимизация работы лабораторной службы должна включать в себя актуализацию нормативной базы с ориентированием на современные требования, рациональное использование имеющихся ресурсов клинико-диагностических лабораторий и обеспечивать максимальную доступность, качество и достоверность лабораторных исследований.

Для решения кадровых (в т.ч. образовательных) проблем необходимо на уровне Министерства здравоохранения ДНР совершенствовать базовую подготовку специалистов для лабораторной медицины путем создания отдельной кафедры лабораторной медицины и лабораторных биотехнологий, интеграции субдисциплин в составе единой квалификационной специальности «лабораторная диагностика» и о внесении дисциплины «Клиническая лабораторная диагностика» в программу подготовки врача.

**Мельник В.А., Беседина Е.И., Лыгина Ю.А., Каленчук Н.Л.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкий городской филиал Республиканского центра санэпиднадзора Госсанэпидслужбы МЗ ДНР*

### **О СОСТОЯНИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ И ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ИКСОВОМУ КЛЕЩЕВОМУ БОРРЕЛИОЗУ (ИКБ) В 1-М ПОЛУГОДИИ 2017 Г. НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ)**

В первом полугодии 2017 г. на территории ДНР ситуация по заболеваемости, как и в прошлые годы, остается достаточно напряженной. Так, за 6 месяцев текущего года выявлено 35 (в 2016 г. - 33) заболевших. Из них, 14 заболевших выявлено в г. Горловка (пок. 5,2), 6 заболевших - в г. Донецке (пок. 0,6), 5 заболевших - в г.Торезе (пок. 6,5), по 3 заболевшему – в гг. Снежное (пок. 4,4) и Харцызск (пок. 2,9), 2 - Ясиноватский район (пок. 4,5), по 1-му – в г. Докучаевске (пок. 4,2) и г. Макеевке (пок. 0,3). В целом по ДНР, показатель заболеваемости ИКБ составил 1,5 на 100 тыс. населения и превысил прошлогодний показатель за тот же период на 6,8 % (в 2016 г. - пок. 1,4). По данным годовых отчетов за 2015 – 2016 гг. наиболее эпидемически опасный период охватывает 7 месяцев года – с мая по ноябрь, на долю которых приходится до 90% всех случаев заболеваний.

Все заболевшие, которым был установлен первичный диагноз «ИКБ» в 1-м полугодии 2017 г., были направлены в лабораторию особо опасных инфекций Республиканского лабораторного центра ГСЭС МЗ ДНР или в частные лабора-

тории для исследования сыворотки крови методом иммуноферментного анализа для определения иммуноглобулинов класса М, G. Отказались от обследования - 2 человека (5,7 %). Исследования сывороток крови не проводились у 2-х заболевших из г. Харцызск по неуказанным причинам (5,7 %). Окончательный диагноз «ИКБ» лабораторно был подтвержден у 19 больных из 35 (54,3 %), у которых ранее был заподозрен ИКБ в 1-м полугодии 2017 г. (в 2016 г.- у 45,5 %).

Кроме того, для оценки состояния специфического иммунитета среди здорового населения энзоотических регионов с высокой степенью заболеваемости ИКБ изучался уровень серопозитивной прослойки. В 1-м полугодии 2017 г. обследовано 89 клинически здоровых лиц (владельцы приусадебных участков, беременные, школьники, охотники, дети дошкольного возраста), из них антитела к возбудителю ИКБ обнаружены у 4-х человек (4,5 %). У обследованных профилактически диагноз ИКБ установлен не был.

С целью изучения инфицированности клещей боррелиями методом микроскопии в тем-

ном поле, за отчетный период (январь-июнь) 2017 года исследовано 602 экземпляра иксодовых клещей (2016 г. – 508), в 50 экземплярах из которых выявлены положительные находки – 8,3 % (2016 г. – 44 экземпляра (8,7 %)). В том числе 268 экземпляров сняты с людей, из которых положительные 47 – 17,5 % (2016 г. – 13,6 %) и 334 экземпляра сняты животных и собраны в природных биотопах на флаг, из них 3 положительные – 0,9 % (в 2016 г. – 3 %). Положительные находки в 1-м полугодии 2017 г. были выявлены от клещей доставленных из гг. Донецка, Макеевка, Харьцызска и Ясиноватского района.

Высокая активность иксодовых клещей и частота их контакта с людьми обусловлены достаточно рано установившимися в текущем году (в первой декаде марта) повышенными по сравне-

нию с многолетними показателями среднесуточными температурами, расширением ареала иксодид и отсутствием акарицидных и дератизационных обработок, покоса трав и мероприятий по механической расчистке территорий городов и поселков ДНР.

В настоящее время наиболее эффективными мерами борьбы по снижению численности резервуаров и переносчиков ИКБ продолжают оставаться косвенные мероприятия, направленные на создание неблагоприятных условий для существования клещей: запрещение беспорядочного выпаса скота вблизи населённых мест, расчистка и благоустройство участков леса, территорий парков (освобождение от завалов, уборка сухостоя, бурелома, низкорослого кустарника), покос травы в границах населенных пунктов.

**Мельник В.А., Мельник А.В., Беседин И.Е., Мельник К.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **О ВОЗМОЖНЫХ ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ МИКРОЧИПОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАПРЯЖЕННОСТИ ИММУНИТЕТА ПРОТИВ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

В связи существующей проблемой осуществления мониторинга, который заключается в определении уровня напряженности иммунитета против вакциноуправляемых инфекций у детей в до- и послепрививочном периоде, а также необходимостью проведения объективного контроля нарастания или угасания титра вакцинальных антител у детей, участниками кружка СНО кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии было проведено изучение литературных источников по этой проблеме.

В результате анализа доступной литературы было выделено для последующего детального изучения четыре литературных источника. В этих источниках была описана современная технология, применяемая в экспериментальных и диагностических исследованиях под обобщенным названием «микрочипы».

Было отмечено, что основным направлением совершенствования лабораторной диагностики антител в настоящее время является создание микрочипов (многоэлементных матриц), которые представляют собой миниатюрные аналитические устройства для одновременного анализа специфических взаимодействий биологических молекул. В частности, этим полуквантитетным методом в Институте молекулярной

биологии им А.Энгельгардта Российской Академии Наук (РАН) довольно успешно на уровне апробации исследуется уровень IgE и IgG у больных с аллергией при выявлении значимых антигенов (Юрий Лысов и др., 2017).

Преимущество биологических микрочипов перед традиционными методами диагностических исследований состоит в возможности одновременного анализа большого количества образцов с использованием минимальных количеств исследуемого материала и дорогостоящих реагентов.

Биологические микрочипы представляют собой твердый субстрат, на поверхность которого нанесены вещества биологического происхождения (в частности, белки), способные специфически взаимодействовать с молекулами анализируемого образца, образуя соответствующие комплексы. В настоящее время разрабатываются следующие основные виды биологических микрочипов: ДНК-микрочипы, белковые, клеточные и тканевые.

Согласно изученным нами литературным источникам, новый метод уже успел зарекомендовать себя в аллергологической диагностике. В то же время, мы пока не обнаружили ни одного литературного источника, где бы описывалось применение метода биологических микрочипов в вакцинальной практике.

Следует отметить, что при традиционном определении напряженности иммунитета против дифтерии и столбняка методом реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с эритроцитами барана также используется реакция антиген-антитело, а количество антител определяется за счет титрования сыворотки пациента.

В случае создания биологических микрочипов, нагруженных иммуноглобулинами М и G против антигенов дифтерии и столбняка, стало бы возможно использование этого метода для массовых исследований вакцинального иммунитета у детей перед прививками по типу скри-

нинга, а в последующем, после проведения вакцинации, - объективный мониторинг нарастания либо угасания выработки прививочных антител у детей к вакцинам календаря прививок.

Таким образом, работу по изучению использования метода микрочипов в лабораторной алергологической практике целесообразно продолжить, а также следует наладить контакт со специалистами Института молекулярной биологии им А.Энгельгардта РАН для совместного изучения возможности практического применения данного метода биологических микрочипов в прививочной практике.

Могилевская К.Э., Ласткова Н.Д., Николенко В.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
НИИ МПС

## ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНО-ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ

Вибрационная болезнь (ВБ) остается одним из самых распространенных профессиональных заболеваний нервной системы. Ведущую роль в патогенезе ВБ играет нарушение функции вегетативного отдела нервной системы (ВНС), который в основном определяет формирование клинической картины заболевания и развитие вазоспастических реакций. Наиболее чувствительным и специфически детерминированным к вибрационным воздействиям отделом нервной системы является вестибулярная система. Поэтому оценка функционального состояния ВНС и вестибулярного анализатора у горнорабочих угольных шахт с ВБ является актуальной.

В условиях неврологического стационара КЛПУ «РКБПЗ» были обследованы 165 горнорабочих, работающих в глубоких угольных шахтах, в возрасте от 36 до 66 лет, с подземным стажем от 5 до 37 лет. Все обследуемые были разделены на 3 группы: 1 группа (основная) – 73 горнорабочих с ВБ от локальной вибрации второй степени, 2-я группа – 52 горнорабочих с ВБ от локальной вибрации первой степени, 3-я группа (контрольная) – 40 практически здоровых горнорабочих. Исследовали показатели, характеризующие состояние ВНС: схема исследования вегетативных нарушений, проба Ашнера-Даньини, ортостатическая и клиностатическая пробы. Состояние вестибулярного анализатора оценивали с помощью опросника Клауссена и методом вестибулярных вызванных потенциалов (ВВП). Ре-

зультаты исследований обрабатывались на персональном компьютере при помощи лицензионной программы «Statistica 5.5A». Вычисляли следующие показатели: средние значения (M), их ошибки (m), достоверность показателей (p), 95 % ДИ.

У горнорабочих с ВБ первой степени определяется достоверное увеличение частоты симпатикотонии по отдельным органам и системам (температура тела и терморегуляция (42,9±7,6), дыхательная система (38,1±7,5) и характерологические черты (35,7±7,4)) по сравнению с контрольной группой (p < 0,05). У горнорабочих с ВБ второй степени также отмечается тенденция к симпатикотонии по многим органам и системам (кожа (48,6±8,2), температура тела и терморегуляция (48,6±8,2), дыхательная система (56,8±8,1) и характерологические черты (46,0±8,2)), а также достоверное увеличение частоты симпатикотонии по сердечно-сосудистой системе в сравнении с горнорабочими с ВБ 1-й степени ( (45,2±7,7) и (73,0±7,3) соответственно, (p < 0,05)). Частота случаев избыточного обеспечения деятельности при расчете среднего индекса напряженности (СИН) составила (47,6 ± 7,7) % у горнорабочих с ВБ первой степени и возросла у больных с ВБ второй степени до (75,7 ± 7,1) % (p < 0,01). Оценка показателя «головокружение» по опроснику Клауссена показала, что головокружения чаще отмечаются в группах горнорабочих с ВБ первой степени (86,5±4,7) и

ВВ второй степени ( $84,9 \pm 4,2$ ) в сравнении с контрольной группой ( $70,0 \pm 7,2$ ) ( $p < 0,01$ ). Состояние вестибулярного анализатора также оценивали по латентным периодам (ЛП) ВВП. У горнорабочих с вибрационной болезнью первой степени отмечается увеличение ЛП пиков N1 и P2 по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ ) соответственно. У больных с вибрационной болезнью второй степени отмечается выраженное увеличение ЛП пиков P1 ( $34,4 \pm 1,5$ ) мс и N1 ( $96,6 \pm 4,0$ ) мс по сравнению с горнорабочими с вибрационной болезнью первой степени ( $28,1$

$\pm 1,5$ ) мс и ( $74,9 \pm 4,3$ ) мс соответственно (при  $p < 0,05$  и  $p < 0,001$  соответственно).

Выводы. Обнаруженные в ходе исследования более тонкие нарушения ВНС и центрального отдела вестибулярного анализатора играют базисную роль в симптомокомплексе ранних нарушений при ВВ первой степени с дальнейшим увеличением их выраженности при ВВ второй степени, а метод ВВП целесообразно использовать при ранней диагностике заболевания наряду с общепринятыми методами.

Могилевская К.Э., Ласткова Н.Д., Николенко В.Ю., Николенко О.Ю., Боева И.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
НИИ МПС

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ

Вибрационная болезнь остается одним из самых распространенных профессиональных заболеваний нервной системы и занимает четвертое место в структуре профессиональных заболеваний горнорабочих. Прогрессирующее течение этого заболевания и его высокая резистентность к лечению определяют необходимость ранней диагностики и прогнозирования ее риска.

Материал и методы. В условиях неврологического стационара КЛПУ «РКБПЗ» (Донецк) было обследовано 165 горнорабочих, в возрасте от 36 до 66 лет, подземный стаж составляет от 5 до 37 лет. Все пациенты – мужчины. Все обследуемые были разделены на 3 группы: 1-ю группу (основную) составили 73 горнорабочих с вибрационной болезнью второй степени. 2-ю группу составили 52 горнорабочих с вибрационной болезнью первой степени. 3-ю группу (контрольную) составили 40 практически здоровых горнорабочих. Во все три группы горнорабочие подбирались методом случайной выборки, рандомизированы по возрасту, стажу и условиям труда.

Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета лицензионных прикладных программ «Statistica 5.5A» (Stat Soft Rus), которые включают все алгоритмы многомерного статистического анализа, параметрические и непараметрические сравнения статистических совокупностей. Вычисляли такие показатели: средние значения ( $M$ ), их ошибки ( $m$ ), коэффициент корреляции ( $r$ ), хи-квадрат ( $\chi^2$ ), достоверность показателей ( $p$ ), 95% ДИ. Для выявления факторов, связанных со степенью тяжести вибрационной болезни, были использованы мето-

ды построения нейросетевых моделей классификации. Для оценки значимости выделенных факторных признаков использовался метод построения кривых операционных характеристик (ROC-кривых – Receiver Operating Characteristic Curve) моделей [Боровиков В.П., Боровиков И.П., 1998].

Результаты исследования. Для выявления факторов, которые в наибольшей степени связаны с риском развития второй степени тяжести вибрационной болезни, был проведен отбор наиболее значимых признаков с использованием метода ГА (генетический алгоритм отбора). В результате было отобрано 5 факторных признаков: диеновые конъюгаты у.е./мл плазмы (X10), сенситивный тип отношения к болезни (X28), 2 блок типа отношения к болезни (X33), графическая проба Фукуды (X38), сумма по 20-бальной шкале экспресс-диагностики К.Ф. Тринуса (X42). На выделенном наборе признаков была построена нелинейная нейросетевая модель (типа многослойный перцептрон) прогнозирования риска второй степени тяжести вибрационной болезни.

При сравнении ROC-кривых статистически значимого отличия площадей под ними не выявлено ( $p > 0,05$ ,  $AUC1$  (area under curve – площадь под ROC – кривыми) =  $0,89 \pm 0,06$ ,  $AUC2 = 0,93 \pm 0,03$ ,  $AUC3 = 0,82 \pm 0,04$ ), что указывает на высокую значимость выделенных факторных признаков (диеновые конъюгаты, у.е./мл плазмы, графическая проба Фукуды, сумма по 20-бальной шкале экспресс-диагностики К.Ф. Тринуса) для прогнозирования риска второй степени тяжести ви-



брационной болезни. Для выявления силы и направленности влияния 3-х выделенных факторных признаков была построена логистическая модель регрессии, модель адекватна ( $\chi^2=37,6$  при  $p<0,001$ ).

Таким образом, из анализа коэффициентов логистической модели следует, что риск второй степени тяжести вибрационной болезни статистически значимо ( $p<0,001$ ) снижается при по-

вышении значения показателя «диеновые конъюгаты», у.е./мл плазмы больного, ОШ (отношение шансов)=0,014 (95% ДИ 0,002-0,099) на каждую единицу. Установлено также достоверное повышение ( $p=0,03$ ) риска второй степени тяжести вибрационной болезни при повышении показателя «сумма по 20-бальной шкале экспресс-диагностики К.Ф. Тринуса», ОШ=1,4 (95% ДИ 1,0-1,9) на каждую единицу.

**Монашова М.Г. , Ершова И.Б.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»*

### **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ЭНТЕРОБИОЗЕ**

Гельминтозы человека широко распространены во всем мире. Первое место среди них занимает энтеробиоз. Нервная система является наименее изученной в плане неблагоприятного патогенетического воздействия остриц.

Целью работы было изучение выраженности неврологических проявлений у детей школьного возраста с энтеробиозом и без глистной инвазии.

Материалы и методы. На энтеробиоз обследован 131 ребенок в возрасте от 7 до 18 лет. Основную группу составили 69 детей с острицами (первичная инвазия ( $n=28$ ) и повторная инвазия ( $n=41$ )), контрольную группу - дети, не инвазированные острицами (62 ребенка).

Оценивали выраженность астении у детей с энтеробиозом и без глистной инвазии по шкалам астении ШАС и MFI. Состояние вегетативной системы: индекс Кердо, данные кардиоинтервалографии, клиноортостатическая проба.

Результаты. Астеноневротический синдром у детей с энтеробиозом наблюдался в 2,3 раза чаще, чем в контрольной группе. При обследовании по шкалам астении, у детей основной группы преобладала умеренная астения ( $87,32\pm 2,12$ ), физическая астения ( $16,17\pm 0,66$ ), и снижение активности ( $16,28\pm 0,42$ ).

Вегетативные нарушения были выявлены у 73,6 % детей с энтеробиозом. Среди вариантов вегетативной реактивности, у детей с глистной инвазией преобладал гиперсимпатикотонический вариант ( $54,6\pm 2,3$  при первичной инвазии, и  $67,8\pm 2,8$  при повторной инвазии), и в контрольной группе – нормосимпатикотонический вариант  $74,3\pm 4,8$ .

При анализе вегетативного обеспечения деятельности по результатам клиноортостатической пробы, при первичной инвазии преобладал избыточный вариант вегетативного обеспечения деятельности  $47,9\pm 4,8$ , при повторной инвазии – недостаточный вариант деятельности  $56,2\pm 3,7$  и нормальный у  $67,3\pm 3,7$  - в контрольной группе.

Выводы. Астеноневротический синдром был преобладающим у детей с энтеробиозом (преобладала умеренная, физическая астения и снижение активности).

При оценке состояния вегетативной нервной системы, у детей при первичной инвазии острицами преобладала симпатикотония и избыточный вариант вегетативного обеспечения деятельности, при повторной инвазии - ваготония и недостаточный вариант вегетативного обеспечения деятельности.

**Налапко Ю.И., Ткачева М.Ю., Решетило Н.В.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»*

### **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ БЕРЕМЕННЫХ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ПЕРЕЖИВШИХ ЛОКАЛЬНЫЙ ВОЕННЫЙ КОНФЛИКТ**

Особенности психологического состояния беременных, оказавшихся в эпицентре современного военного конфликта, с учётом уровня личностной тревожности, психической ригид-

ности, невротизации личности, эмоциональной лабильности следует принимать в расчет при проведении плановых анестезиологических обеспечений. Нам не удалось обнаружить в со-

временной литературе подобных данных с учетом современных методов оценки психофизиологического профиля.

Цель исследования: изучить характер влияния активной фазы военного конфликта на психоэмоциональное состояние беременных в завершающем триместре беременности.

Материалы и методы. В исследование включены 82 женщины в III триместре беременности. Когорта пациенток разделена на две группы. Первую группу составили 25 женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения. Во вторую группу вошло 57 пациенток, роды которых протекали через естественные родовые пути.

Для изучения особенностей психоэмоционального статуса исследуемых определяли уровень тревожности с помощью опросника Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина. С помощью Торонтской Алекситимической шкалы (ТАШ) оценивали вербализацию эмоциональных состояний.

Результаты исследования. Согласно результатам опросника Спилберга-Ханина женщины второй группы демонстрировали высокий уровень личностной тревожности, у них зафикси-

рованы признаки невротического конфликта с эмоциональными и невротическими срывами. В то же время исследуемые первой группы продемонстрировали умеренный уровень тревоги.

Согласно результатам опросника ТАШ, все исследуемые оказались в группе риска, которая считается пограничной между психологической нормой и алекситимией. Женщины не могли или не хотели говорить с родными и близкими о своих переживаниях и страхах, спровоцированных войной. Хронизация стресса вела к осложнениям течения беременности и родов, а в дальнейшем обладала потенциалом формирования психосоматических болезней.

Вывод. Вид родоразрешения беременности на фоне перенесенного боевого стресса оказывает достоверное влияние на характер стрессовой реакции. Формируется повышенная тревожность и невротические расстройства, которые влияют на соматические параметры пациенток. Дальнейшие исследования позволяют разработать персонализированные коррекционные протоколы анестезиологического ведения данной категории пациенток.

**Налетов А.В., Вьюниченко Ю.С., Гуз Н.П.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Городская детская клиническая больница № 2 г. Донецка  
Медицинский центр «Гастро-лайн» г. Донецк*

## **СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное расстройство кишечника, при котором рецидивирующая абдоминальная боль ассоциирована с дефекацией или изменением характера стула (запор, диарея или их сочетание). Частота встречаемости СРК у детей разных стран находится в диапазоне 1,2-5,4%. СРК является мультифакториальной патологией. Развитие расстройства ассоциировано с наличием психологических нарушений, психическим дистрессом, «аффективной чувствительностью». Результирующие патофизиологические механизмы включают нарушения моторики, висцеральную гиперчувствительность, повышенную кишечную проницаемость, иммунную активацию, дисбаланс кишечной микробиоты и расстройство функционирования оси «мозг-кишечник».

Диагностика СРК у детей, согласно Римскому консенсусу IV (РК IV), включает критерии, которые должны наблюдаться в течение не менее 2-х последних месяцев перед диагностикой: абдо-

минальная боль по крайней мере 4 дня в месяц, связанная с одним или более из следующих критериев: дефекация, изменение частоты и/или формы стула; у детей с запором боль не устраняется после купирования запора; после соответствующей оценки симптомы не могут быть полностью объяснены другим состоянием. СРК можно разделять на подтипы по преобладанию определенной формы кала у пациента, согласно Бристольской шкале формы кала: СРК с преобладанием запора (СРК-З), СРК с преобладанием диареи (СРК-Д), СРК смешанного типа (СРК-М), СРК неклассифицированный (СРК-Н). Диагностика СРК основывается на четырех ключевых пунктах: жалобы и анамнез, данные объективного обследования и минимальных лабораторных тестов, при клинических показаниях (наличие «симптомов тревоги» и подозрении на органическую патологию) – колоноскопии или других инструментальных методов исследования.

На сегодняшний день проведено лишь небольшое количество клинических исследований, посвященных лечению СРК в педиатрии. Имеются данные, свидетельствующие о пользе пробиотиков в терапии СРК, а также об эффективности масла мяты перечной в уменьшении абдоминального болевого синдрома. У детей с СРК доказана эффективность использования диеты low-FODMAP («Fermentable Oligo-, Di-, Monosaccharides and Polyols») – акроним, определяющий компоненты данной диеты (фруктоза, лактоза, ксилит, сорбит и др.). Данные углеводы плохо ферментируются и всасываются в тонкой кишке, их переваривание происходит под воздействием кишечной микробиоты с образованием газов, что становится причиной вздутия живота, абдоминального болевого синдрома и диареи. У взрослых пациентов доказан эффект от использования безглютеновой диеты.

В РК IV при лечении СРК у взрослых назначение медикаментозной терапии зависит от подтипа СРК. При СРК-Д рекомендовано назначение опиоидных агонистов (лоперамида), пробиотиков, антибиотиков (рифаксимина), 5-НТЗ-антагонистов (ондансетрона). При СРК-З рекомендован прием псилиума, полиэтиленгликоля, активаторов хлоридных каналов (лубипростона), агонистов гуанилатциклазы С (линаклотид). При выраженном абдоминальном болевом синдроме у взрослых пациентов показано использование спазмолитиков (мебеверина), масла мяты перечной, трициклических антидепрессантов (амитриптилина), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (циталопрама, пароксетина), активаторов хлоридных каналов (лубипростон), агонистов гуанилатциклазы С (линаклотида), 5-НТЗ-антагонистов (ондансетрона).

**Николенко В.Ю., Бондаренко Г.А., Денисенко А.Ф., Тищенко А.В., Ладария Е.Г., Боева И.А., Хижая Ю.Д.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ГИПЕРОКСИЯ В ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ-СПОРТСМЕНОВ**

Цель исследования: выявить результаты влияния гипербарической оксигенации на рецепторную и вестибулярную функцию исследуемых людей.

Материал и методы. Исследование проводили на 28 студентах-спортсменах со средним возрастом  $19,9 \pm 0,4$  лет. Среди исследуемых было 22 мужчины и 6 женщин. Эксперимент был проведен с однократной гипербарической оксигенацией на протяжении 1 часа, с давлением 1,5 ата в барокамере типа ОКА-МТ. Оценивали такие основные сердечнососудистые показатели как пульс и артериальное давление (АД). Проводили определение скорости зрительно-моторной реакции, скорости переработки информации, сопротивления кожи, количества ошибок на примере «Диагноз-2МА». Оценку функционального состояния вестибулярного аппарата проводили при помощи пробы Уемуры, шаговой и графической пробы Фукуды, пробы слежения и указательной. Точность выполнения целенаправленной деятельности оценивали при попадании в мишень. Слуховую функцию оценивали при помощи аудиотестера АТ-01. Исследования проводили до сеанса ГБО, сразу после окончания сеанса, а также через 2 суток (через 48 часов).

Результаты исследования. Изучение динамики пульса показало, что имело место умень-

шение частоты пульса с  $70,5 \pm 2,6$  уд./мин. до  $63,9 \pm 1,8$  уд./мин. ( $p < 0,05$ ) сразу после сеанса ГБО, а через 48 часов пульс вернулся к исходным параметрам ( $71,7 \pm 2,4$  уд./мин). Артериальное давление характеризовалось уменьшением величины систолического АД с  $112,8 \pm 2,9$  мм рт.ст. до  $108,4 \pm 2,4$  мм рт.ст., а через 48 часов систолическое АД было достоверно меньше от начального показателя и составляло  $104,4 \pm 2,6$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ). В это же время диастолическое АД также имело тенденцию к уменьшению, но менее выраженную, и составляло  $71,9 \pm 2,0$  мм рт.ст.,  $70,3 \pm 1,2$  мм рт.ст. и  $65,3 \pm 2,1$  мм рт.ст. соответственно. Исследование функции слуха выявило тенденцию к ее улучшению, имело место достоверное снижение порогов слуха через 48 часов на частоте 4000 дБ на 8,4 дБ (при  $p < 0,05$ ). Общая оценка состояния вестибулярного анализатора по клинической шкале значительно улучшилась сразу после ГБО с  $3,52 \pm 0,28$  баллов до  $2,36 \pm 0,18$  баллов. Через 48 часов после сеанса ГБО функциональная оценка улучшилась еще больше и составляла  $1,90 \pm 0,19$  баллов ( $p < 0,001$ ). Значительно улучшились результаты пробы Уемуры, шаговой пробы Фукуды и указательной. Результаты исследования точности попадания в мишень объективно свидетельствовали о повышении точности выполнения испытания с

111,9 ± 3,8 баллов до 119,2 ± 4,5 баллов сразу после ГБО. Через 48 часов результаты достоверно улучшились до 128,1 ± 4,3 баллов в суммарной оценке по сравнению с начальным результатом ( $p < 0,01$  соответственно). Сразу после сеанса ГБО отмечали тенденцию к уменьшению времени зрительно-моторной реакции и увеличение скорости переработки информации, также уменьшение ошибок. Достоверное улучшение времени зрительно-моторной реакции и увеличение скорости переработки информации отмечали через 48 часов. Соппротивление кожи на

пальцах имело тенденцию к уменьшению, также наметилась тенденция к уменьшению количества ошибок, но такие отклонения вышеприведенных показателей были недостоверные.

Таким образом, гипербарическая оксигенация улучшает функциональное состояние вестибулярного аппарата на значительное время, уменьшает пороги слуха, повышает скорость зрительно-моторной реакции и обеспечивает достоверное улучшение точности попадания в мишень.

**Николенко О.Ю., Николенко В.Ю., Денисенко А.Ф., Могилевская К.Э., Смирнова А.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
НИИ МПС*

### **ДИЕНОВЫЕ КОНЬЮГАТЫ И ИММУНИТЕТ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С**

В настоящее время основной причиной развития хронических заболеваний печени является инфекция, вызванная вирусом гепатита С. Распространенность хронического вирусного гепатита в развитых странах составляет 3% в популяции (колебания от 0,3 до 14,5%). Вирус гепатита С является ведущей причиной хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Повреждение печени при хроническом вирусном гепатите С (ХВГС) обусловлено как прямыми цитопатическими эффектами вируса, так и иммуноопосредованными механизмами. Таким образом, целью работы было выявить корреляционную взаимосвязь между диеновыми конъюгатами и показателями иммунной системы.

Материал и методы: Обследовано 105 больных ХВГС и 48 относительно здоровых контрольной группы. Диеновые конъюгаты (ДК) определялись путем их экстракции гептан-изопропиловой смесью и измерением экстинкции при 223 нм. Для определения поверхностных маркеров антигенов типа CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+ суспензию мононуклеаров наносили на предметное стекло и сохраняли при температуре -20 (-70)°C 3-6 мес. После размораживания промывали физ.раствором и обрабатывали антителами, затем наносили меченные FITC антивидовые антитела в рабочем разведении. Подсчет результатов производили на люминесцентном микроскопе МИКМЕД-2. Постановку НСТ-теста производили по общепринятой ме-

тодике с подсчетом процента активированных нейтрофилов и индекса активации нейтрофилов (ИАН). Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) периферической крови больных определяли по отношению к тест-культуре стафилококка штамм 209.

Результаты. Оксидантную систему оценивали по уровню ДК в плазме крови больных ХВГС. Уровень ДК у больных ХВГС был повышен до (3,691±0,089) у.е./мл плазмы в отличие от контроля (1,882±0,064) у.е./мл плазмы ( $St=12,91$ ,  $p < 0,001$ ;  $Mk=67,25$ ,  $p < 0,001$ ). В то же время ДК имели отрицательную корреляционную связь с относительным содержанием Т-лимфоцитов соответственно к распределению поверхностных рецепторов CD3+ ( $r=-0,36$ ,  $p=0,0001$ ), относительным количеством клеток хелперного звена CD4+ ( $r=-0,35$ ,  $p=0,0003$ ), относительным количеством клеток супрессорного звена CD8+ ( $r=-0,26$ ,  $p=0,0065$ ), относительным количеством природных киллеров CD16+ ( $r=-0,22$ ,  $p=0,0204$ ). ДК имели отрицательную корреляционную связь с ФАН через 30 минут ( $r=-0,28$ ,  $p=0,046$ ), ФАН через 90 минут ( $r=-0,27$ ,  $p=0,0052$ ), тестом с нитросиним тетразолием % ( $r=-0,36$ ,  $p=0,0001$ ), ИАН в тесте с нитросиним тетразолием ( $r=-0,29$ ,  $p=0,0025$ ) и не имели корреляционной связи с фагоцитарным числом через 30 минут ( $r=-0,18$ ,  $p=0,055$ ).

Таким образом, у больных ХВГС ДК имели отрицательную корреляционную связь почти со всеми показателя клеточного иммунитета, кроме фагоцитарного числа через 30 минут.



Николенко О.Ю., Николенко В.Ю., Ластков Д.О., Боева И.А., Ринсевич Ю.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С И АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗЫ

По данным ВОЗ, вирусом гепатита С инфицировано в мире примерно 170 млн. человек. Считается, что хронический вирусный гепатит С (ХВГС) развивается у 75–85% больных, инфицированных HCV. В 18-20% случаев в течение нескольких (до 20-30) лет идет трансформация фиброза в цирроз и далее в печеночную недостаточность либо гепатоцеллюлярную карциному. Поэтому целью работы было выявить взаимосвязь между супероксиддисмутазой и некоторыми показателями иммунной системы у больных ХВГС.

Материал и методы. Обследовано 105 больных ХВГС и 48 относительно здоровых контрольной группы. Метод определения активности супероксиддисмутазы (СОД) основан на способности фермента тормозить аутоокисление адреналина при pH 10,2. Для определения поверхностных маркеров антигенов типа CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+ суспензию мононуклеаров наносили на предметное стекло и сохраняли при температуре -20 (-70)°C 3-6 мес. Постановку НСТ-теста производили по общепринятой методике с подсчетом процента активированных нейтрофилов и индекса активации нейтрофилов (ИАН). Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) периферической крови больных определяли по отношению к тест-культуре стафилококка штамм 209. Иммуноглобулины классов А, М, G в сыворотке крови определяли по модифицированной методике G.Mancini (1965). Определение растворимых иммунных комплексов производили методом селективной преципитации в среде, содержащей полиэтиленгликоль 6 000. Результаты исследований обрабатывали с использованием параметрических и непараметрических методов статистики – двухсторонний

критерий Стьюдента (St), медианный критерий (Mk); Крускала-Уоллиса (kKW)), достоверность статистических показателей (p) а также использовали корреляционный метод анализа (коэффициент корреляции (r)).

Результаты исследования. СОД у больных ХВГС была снижена до (0,0440±0,0046) Е/ мг белка в крови в отличие от контроля (0,0671±0,0021) Е/мг белка (St=3,26, p=0,0013; Mk=57,68, p<0,001). На СОД у больных ХВГС влияла активность течения гепатита (kKW=14,68, p=0,0006) и не влияли – пол пациентов (kKW=0,152, p=0,696), повышенный билирубин в крови (kKW=0,303, p=0,581), лечение (kKW=2,44, p=0,117), развитие цирроза печени (kKW=0,050, p=0,822), возраст больных (kKW=37,76, p=0,769). В то же время СОД имела отрицательную связь с относительным содержанием Т-лимфоцитов соответственно к распределению поверхностных рецепторов CD3+ (r=-0,24, p=0,012), к относительному количеству клеток хелперного звена CD4+ (r=-0,22, p=0,024) и относительному количеству клеток супрессорного звена CD8+ (r=-0,25, p=0,0096), и положительную корреляционную связь с абсолютным содержанием В-лимфоцитов с распределением поверхностных рецепторов CD22+ (r=-0,22, p=0,023), с содержанием иммуноглобулинов классов М и G (r=0,51, p<0,001, r=0,31, p=0,0009) и циркулирующих иммунных комплексов - (r=0,37, p=0,00011).

Таким образом, снижение СОД свидетельствует об угнетении антиоксидантной системы у больных ХВГС, а ее уменьшение статистически значимо совпадало со снижением относительных показателей Т-клеточного иммунитета и увеличением количества иммуноглобулинов классов М и G, циркулирующих иммунных комплексов.

Николенко О.Ю., Николенко В.Ю., Бондаренко Г.А., Жадинский Н.В., Тищенко А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КЛИНИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ДИАГНОСТИКА

Как известно из многоцентровых национальных и международных исследований, уже более 10 лет P.aeruginosa выступает в качестве одного из наиболее частых возбудителей госпитальных

инфекций, особенно в ожоговых, онкологических, урологических, травматологических, профпатологических и пульмонологических клиниках, где занимает 1-2 место по распространен-

ности. Поэтому целью работы было проанализировать методы лабораторной диагностики заболеваний, вызванных *P.aeruginosa*.

Материал и методы. Проведено изучение 150 доступных источников современной отечественной и 140 иностранной литературы.

Результаты исследований. *P.aeruginosa* (синегнойная палочка) – грамотрицательная подвижная бактерия, палочковидной формы, аэроб. Имеет размеры 0,5-0,8 мкм в толщину и 1.5-3 мкм в длину. Относится к роду *Pseudomonas*. Анализ методов лабораторной диагностики заболеваний, вызванных *P.aeruginosa*, показал, что бактериоскопический метод малоинформативный из-за отсутствия морфологических и тинкториальных особенностей синегнойной палочки. При культуральном методе диагностики выявляется, что *P.aeruginosa* по типу метаболизма – хемоорганотроф, аэроб или факультативный анаэроб (денитрификатор). Оптимальная температура роста 37°C. Дифференциально-диагностическими средами для *P.aeruginosa* являются – Эндо, Клигlera, Кода, Левина, Мюллер-Хинтон и др., на которых она образует колонии флюоресцирующего зеленоватого цвета со сладковатым запахом за счет триметиламина. На твердых питательных средах распадается на 3 формы колоний: R-, S- и M-формы. Селективной средой является ЦПХ-агар (питательный агар с цетилперидиниумом-хлоридом). При анализе ферментативных свойств МО можно сказать, что сахаролитическая активность низкая. Зато протеолитическая активность очень выражена.

**Николенко О.Ю., Николенко В.Ю., Скрыбина А.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ПНЕВМОКОНИОЗ И АРТРИТ КАК АУТОИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЖИВОТНЫХ**

В патогенезе пневмокониоза ведущую роль играют нарушения иммунитета, поэтому осложнения в виде артрита рассматривают как единый процесс развития заболевания. Поэтому новые подходы в создании аутоиммунных нарушений у крыс в модели силикоартрита являются актуальными для изучения патогенеза и разработки новых подходов к коррекции заболевания.

Материал и методы. В эксперименте использованы две группы белых крыс – самцов линии «Вистар» с массой тела 200-250 г: 1 группа – здоровые животные (25 крыс), 2 группа – животные с моделью силикоартрита (25 крыс). Реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА) ставили на

восстанавливает нитраты в нитриты, каталазо- и оксидазопозитивная. Продуцирует бактериоцины (пиоцины и пиоцинины) – протеины, которые имеют бактерицидные свойства. Индуктором синтеза пиоцинина является питательная среда Кинг А, индуктором флюоресцеина (пиовердина) – среда Кинг В. Некоторые штаммы могут вырабатывать другие пигменты – красный (пиорубин) и черный (миомеланин). Для дифференциальной диагностики *P.aeruginosa* используют OF-тест (тест окисления-ферментации глюкозы). Уникальным для вида *P.aeruginosa* является способность к росту при 42°C на селективной среде „Псевдомонас АПС”. Синегнойная палочка чувствительная к гентамицину, тобрамицину, амикацину, азлоцилину, имепенему, азтреонаму, антибиотикам цефалоспоринового ряда. Для внутривидовой идентификации бактерий используют серотипирование, пиоцино-типирование, а также определяют чувствительность выделенной культуры к бактериофагам. Серологический метод диагностики направлен на выявление специфических антител к антигенам *P.aeruginosa* при помощи РСК, РПГА, опсонофагоцитарной реакции и др. тестов. Наиболее современными методами лабораторной диагностики являются молекулярно-генетические, такие как ПЦР, гибридизация нуклеиновых кислот.

Таким образом, для диагностики заболеваний, вызванных *P.aeruginosa*, в профпатологии используют бактериологический, серологический и молекулярно-генетический методы.

микрочастиц аппарата Такачи с использованием микротитратора для разведения материала. Для определения у животных гиперчувствительности замедленного действия использовали реакцию торможения миграции макрофагов (РТММ) под агаром.

Результаты исследований. Моделирование выполняли следующим образом: животному в корень хвоста вводили полный адьювант Фрейнда 0,5 мл. На 7 сутки животному, которое фиксируется на спине, под поверхностным эфирным наркозом в голосовую щель через ушную воронку при помощи затупленной иглы длиной 10см вводили 1 мл суспензии угольно-

породной пыли. На 15 и 34 сутки в корень хвоста вводили полный адьювант Фрейнда 0,5 мл. На 29 и 40 сутки вводили цитостатик – азатиоприн в дозе 50 мг/кг. Используемая доза азатиоприна значительно меньше той, которая способна вызвать тотальную гибель клеток костного мозга. С 16 по 29 и с 43 по 49 сутки вводили с молоком метилурацил в дозе 0,2 г/кг, что стимулирует и усиливает иммунный ответ. Исследование проводили в течение 49 суток.

Титры аутоантител у модельных животных с синдромом Колине-Каплана повышены к антигенам: легких ( $4,38 \pm 0,12$ ) у.е. по сравнению с контрольными крысами ( $0,85 \pm 0,12$ ) у.е. ( $MW=6,18$ ,  $p<0,001$ ), почки ( $3,61 \pm 0,14$ ) у.е., в отличие от контроля ( $0,80 \pm 0,14$ ) у.е. ( $MW=6,04$ ,  $p<0,001$ ) соответственно, тимуса ( $2,03 \pm 0,15$ ) у.е. по сравнению с контролем ( $0,91 \pm 0,12$ ) у.е. ( $MW=4,52$ ,  $p<0,001$ ) соответственно, суставов ( $2,41 \pm 0,16$ ) у.е. в отличие от контрольных крыс ( $0,88 \pm 0,12$ ) у.е. ( $MW=5,38$ ,  $p<0,001$ ) соответственно, нативной ДНК ( $2,63 \pm 0,14$ ) у.е. по сравнению с контролем ( $0,72 \pm 0,12$ ) у.е. ( $MW=5,84$ ,  $p<0,001$ ), денатурированной ДНК ( $3,41 \pm 0,17$ ) у.е. по сравнению с контролем ( $0,86 \pm 0,10$ ) у.е. ( $MW=6,11$ ,  $p<0,001$ ) соответственно.

Важную роль в развитии аутоиммунных на-

рушений играют клеточные механизмы развития гиперчувствительности замедленного типа к аутоантигенам. В реакции торможения миграции макрофагов у животных с моделью силикоартрита выявлено уменьшение этого показателя к антигенам: легких ( $52,21 \pm 3,40$ )% в отличие от контроля ( $98,88 \pm 2,21$ )% ( $MW=5,77$ ,  $p<0,001$ ), почки ( $43,63 \pm 4,13$ )%, в контроле – ( $99,14 \pm 2,15$ )% ( $MW=5,77$ ,  $p<0,001$ ), тимуса ( $48,78 \pm 4,08$ )% в отличие от контроля ( $96,29 \pm 1,96$ )% ( $MW=5,69$ ,  $p<0,001$ ), суставов ( $50,84 \pm 3,57$ )%, а в контроле – ( $97,64 \pm 1,69$ )% ( $MW=5,87$ ,  $p<0,001$ ).

Таким образом, из полученных данных видно, что достоверно повышен уровень антител ко всем исследуемым антигенам. Обращает на себя внимание то, что антитела обнаружены и к центральным органам иммунной системы (тимус). Эти данные могут свидетельствовать о возможном механизме иммунодефицита, который развивается и поддерживается при формировании аутоиммунных нарушений при развитии силикоартрита у животных. Наряду с гуморальными аутоиммунными реакциями наблюдались также аутоиммунные реакции клеточного типа, что приводит к глубокому нарушению иммунной системы у исследуемых животных и хронизации аутоиммунного процесса в эксперименте.

**Николенко О.Ю., Ластков Д.О., Бондаренко Г.А., Николенко В.Ю., Могилевская К.Э.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПРОФПАТОЛОГИИ**

Проблемы своевременной диагностики туберкулеза являются одной из самых актуальных проблем современной медицины в борьбе с этой инфекцией. Одним из частых осложнений пневмокониоза является присоединение туберкулезной инфекции. Поэтому важной задачей данной работы было проанализировать современные методы лабораторной диагностики туберкулеза в профпатологии.

Материал и методы: было исследовано 225 отечественных и 45 иностранных доступных источников информации.

Результаты исследований. Лабораторная диагностика туберкулеза в профпатологии осуществляется с использованием бактериоскопического, бактериологического, серологического, биологического, аллергологического, иммунологического и молекулярно-генетического методов. Бактериоскопические методы включают исследование мазков, окрашенных по Цилю-Нильсену, люминесцентную микроскопию и ме-

тоды обогащения – гомогенизации и флотации. Основной метод исследования – бактериологический – позволяет выявить 20-100 микробных клеток, определить их чувствительность к лекарственным препаратам, вирулентность, типовую принадлежность. Метод достаточно продолжительный (4-8 недель). Для ускорения диагностики используют метод микрокультур (метод Прайса), а также рост в гемолизированной крови (метод Школьниковой). Исторически сложилось, что питательные вещества на яичной основе (Левенштейна-Йенсена, Финна-2, среда Нова, Огавы) получили наибольшее распространение среди плотных питательных сред для выявления *M.tuberculosis*. Но агаровые среды, которые появились в последнее время (среда Миддлбука агар 7Н10, 7Н11), позволяют быстрее обнаружить рост микобактерий (от 2 до 4 недель) и обеспечивают лучшие возможности для изучения морфологии, чем на яичных средах. Культуральная диагностика туберкулеза претерпе-

вает в данное время существенные изменения, связанные с введением в практику совершенно автоматизированных систем культивирования микобактерий туберкулеза (МБТ). Это ВАСТЕС-460 и ВАСТЕС-MGIT-960 Becton Dickinson, MB/Vact – BIOMerieux. Главное отличие метода – использование жидких питательных сред. Наиболее популярной из них считается среда Миддлбрука 7H12. Рост МБТ на этой среде удается выявить уже через 1-2 недели в зависимости от их изначального количества в посевном материале. Биологическим методом пользуются в случаях, когда возбудитель тяжело выделить из исследуемого материала (туберкулез почек). Материалом от больного заражают морских свинок. Аллергологическими пробами (внутрикожная проба Манту) определяют людей, инфицированных МБТ. Для пробы используют препарат РРД (очищенный туберкулин). Пробой также используют с целью отбора для ревакцинации и для оценки течения туберкулезного процесса. Иммунологическим методом пользуются для определения показателей клеточного иммунитета. Применя-

ют реакцию бласттрансформации лейкоцитов с РРД, реакцию торможения миграции макрофагов под влиянием РРД и др. Среди серологических методов применяют реакцию связывания комплемента (РСК), реакцию непрямой гемагглютинации (РНГА) Миддлбрука-Дюбо. Также используется радиоиммунный метод, иммуноблотинг, реакция агрегат гемагглютинации (для нахождения циркулирующих иммунных комплексов). Среди современных методов серодиагностики туберкулеза получили распространение иммуноферментный и радиоиммунный анализы (ИФА и РИА). Невозможно не упомянуть метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Это чувствительный тест, при помощи которого можно идентифицировать наличие даже одной единственной молекулы ДНК-возбудителя.

Таким образом, наиболее современными методами лабораторной диагностики туберкулеза в профпатологии являются автоматические системы культивирования МБТ, среди серологических – ИФА и РИА, а среди молекулярно-генетических – ПЦР.

**Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Мотузный А.И.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

*ГУ «Луганская детская инфекционная больница»*

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

За период 2016-2017 гг. в детском инфекционном отделении интенсивной терапии (ДИО-ИТ) находилось на лечении 23 ребёнка, перенесших воспалительный процесс в головном мозге. Наличие поражения мозговых оболочек было связано с бактериальной инфекцией у 16 детей (70%), вирусные менингоэнцефалиты диагностированы у 7 пациентов (30%). Наиболее многочисленную группу составили дети, страдавшие гнойным менингитом менингококковой этиологии, менингококксемией (81%), вызванные другой флорой – 19%.

Средние сроки госпитализации в ДИОИТ с момента появления первых симптомов составили 1-3 суток. У всех больных заболевание началось с гипертермии, общемозговой симптоматики разной степени выраженности. В ряде случаев педиатрами указанная симптоматика расценивалась неверно, как явления острой респираторно-вирусной инфекции, пищевое отравление, проводилось амбулаторное лечение. В течение первых 2-3 суток появлялась типичная геморрагическая сыпь, являвшаяся отправным

моментом в постановке диагноза.

Всем детям выполнялась диагностическая люмбальная пункция, выявившая у 14 детей нейтрофильный лейкоцитоз от 300 до плеоцитоза, повышение уровня белка, нормо- или гипертонии. Практически у всех детей с гипертоническим течением менингококкцемии изменения ликвора минимальны или отсутствуют, что является прогностически неблагоприятным признаком течения менингококковой инфекции.

Кроме общепринятого комплекса клинико-биохимических исследований, выполняли исследование носоглоточной слизи, крови и ликвора на наличие менингококка методами посева на среды накопления и полимеразной цепной реакции. Менингококки серогруппы «В» или «С» в средах обнаружены только у тех больных, которые поступали в отделение из дома до начала проведения антибактериальной терапии.

Лечение больных, поступающих в состоянии септического шока, обязательно включало проведение ИВЛ с момента поступления, остальные в протезировании функции дыхания не нужда-



лись. Инотропная поддержка проводилась также по показаниям. Стартовая антибактериальная терапия, как правило, была представлена комбинацией цефтриаксона и амикацина, в одном случае была необходимость в замене на более мощную комбинацию на основе меропенема. Противовирусная терапия серозных менингитов состояла из ацикловира и циклоферона в возрастных дозировках. Базовая инфузионная и медикаментозная терапия включала назначение глюкозо-солевых растворов, плазмозаменителей, реологически активных препаратов, коррекцию сопутствующих нарушений белкового обмена, анемии, расстройств коагуляции.

Исходы менингококковой инфекции относятся к малопредсказуемым, однако выявлена зависимость тяжести течения заболевания от сроков поступления детей в специализированный стационар (тяжелые – до суток, крайне тяжелые – на 3-4 сутки). Соответственно, сроки ле-

чения составили от 2,6 до 12,5 койко-дней при среднем – 4-6 суток.

В результате лечения умерло 2 детей, из них 1 – с молниеносной формой менингококковой инфекции в течение первых суток, второй – на 5 сутки интенсивной терапии вследствие ствольного гнойного менингоэнцефалита. Остальные пациенты переведены в другие учреждения в состоянии средней степени тяжести с регрессированием симптомов воспалительного процесса в центральной нервной системе.

Таким образом, базовыми элементами успешного лечения детей с воспалительными поражениями головного мозга являются ранняя и точная диагностика заболевания, госпитализация в профильное отделение интенсивной терапии, комбинация противовирусных и антибактериальных препаратов в соответствии с этиологией заболевания и чувствительностью возбудителя, симптоматическая терапия.

**Осипова Т.Ф., Ершова И.Б.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

## **ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КАРОЛИ У РЕБЕНКА**

Болезнь Кароли, или кистозное расширение внутрипеченочных желчных протоков, описанное Jaques Caroli в 1958 году, относится к редким и трудно выявляемым заболеваниям и характеризуется наличием врожденных кист, которые являются продолжением первичных ветвей внутрипеченочных билиарных протоков.

Заболевание встречается чаще у лиц мужского пола, может проявляться в любом возрасте, но манифестация чаще происходит в детском возрасте. Дети жалуются на приступообразные боли в правом подреберье с подъемом температуры тела, кожный зуд. При осмотре выявляются желтушность кожных покровов, гепатомегалия. Отмечается повышение уровня билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы. Сочетание болезни Кароли с врожденным фиброзом печени и портальной гипертензией определяют как синдром Кароли.

Приводим собственное наблюдение болезни Кароли у девочки К., которая в возрасте 2 года 3 мес. поступила в педиатрическое отделение с жалобами на периодические боли в животе, наблюдающиеся регулярно последние 2 мес., периодически желтушность кожных покровов, повышение температуры тела до 37,5, плохой аппетит, увеличение живота, учащение стула с 1 до 5 раз в сутки, однократно – обесцвеченный стул.

Из анамнеза жизни установлено, что девочка родилась от 1 беременности, протекавшей на фоне хронического бронхита матери, 1-х срочных родов с массой тела 3350, длиной тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8 / 9 баллов. Вакцинирована в условиях роддома согласно календарю прививок. Выписана домой на 4-е сутки

Из анамнеза заболевания было выяснено, что с 3-х по 10-е сутки после рождения у девочки отмечалась желтушность кожных покровов. В возрасте 1 год 1 месяц мама отмечает обесцвеченный стул однократно. Девочка была обследована: при проведении УЗИ и КТ печени и желчевыводящих путей была обнаружена киста холедоха. Девочке была проведена операция: лапаротомия, иссечение кисты холедоха, холедоходуоденальный анастомоз конец в бок, холецистэктомия. Во время лапаротомии было установлено, что киста была расположена на всем протяжении от ворот печени до 12-перстной кишки, размер общего желчного протока до кисты 2 см, ширина 1,5 см. При повторном проведении КТ печени и желчевыводящих путей в возрасте 1 год 5 мес обнаружены множественные кисты желчевыводящих путей. Ультразвуковое сканирование органов брюшной полости выявило эктазию внутрипеченочных желчных протоков и дистальных отделов общего желчного прото-

ка с признаками увеличения до 2,8 x 1,8 см, наличие синдрома сгущения желчи. В просвете общего желчного протока - экзогенные включения 0.2 x 0.4 см, комкообразный сладж. Также выявлена гепатомегалия. Была диагностирована болезнь Кароли с синдромом холестаза. Назначено лечение: урсофальк и конакион.

В настоящее время девочке 8 лет, она регулярно обследуется. При обследовании дополнительно выявлены начальная стадия портальной гипертензии и билиарный цирроз печени. Продолжает лечение урсофальком и конакионом. Рекомендовано в случае ухудшения состояния и декомпенсационных осложнений заболевания

проведение ортотопической трансплантации печени от живого родственного донора. Мама девочки после обследования оказалась подходящим донором части печени для дочери.

Описанный случай редко встречаемой патологии болезни Кароли у ребёнка представляет интерес для практикующих врачей в плане необходимости углубленного обследования ребенка с использованием ультразвуковых методов сканирования органов брюшной полости, компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса при необходимости уже в раннем возрасте ребенка и назначения необходимых методов лечения ребёнка.

**Островский И.М., Ленарт Т.В., Зиберова Ю.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк*

## **ОПЫТ РАБОТЫ КЛИНИКИ ПО ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ**

Бронхообструктивный синдром (БОС) или синдром бронхиальной обструкции — это симптомокомплекс, связанный с нарушением бронхиальной проходимости функционального или органического происхождения. БОС характеризуется наличием затрудненного (с участием вспомогательной мускулатуры) и удлиненного выдоха, появления экспираторного шума (свистящее, шумное дыхание, слышимое на расстоянии), и наличием хрипов (любых!) в легких при аускультации.

Генез БОС разнообразен, но всегда при этом наблюдается нарушение бронхиальной проходимости. Наиболее частые причины у детей — это осложнения вирусных инфекций, в частности, острый обструктивный бронхит (ООБ), а также бронхиальная астма. БОС — это неотложное состояние, требующее своевременной и адекватной терапии.

К сожалению, как показывает опыт работы пульмонологического отделения РДКБ, большая часть педиатров периферического звена неверно диагностирует причины БОС, а также неправильно, и поэтому часто неэффективно, проводит лечение. В частности, в качестве препарата неотложной помощи назначают ингаляционный глюкокортикостероид (ГКС); при нетяжелой бронхиальной обструкции используют системные ГКС (в том числе оральные), нередко одновременно с инфузией эуфиллина. Кроме того, с первых дней БОС назначаются антибиотики,

что при ООБ или обострении бронхиальной астмы недопустимо. Также наблюдается пролонгация с переводом больных в РДКБ при длительно некупирующейся обструкции для проведения бронхоскопии.

В пульмонологическом отделении РДКБ при ООБ, как и при обострении бронхиальной астмы, в первую очередь назначают ингаляции β<sub>2</sub>-агонистов (чаще в сочетании с селективным м-холиноблокатором) и ингаляционных стероидов в максимальных возрастных дозах через небулайзер на 5-7 дней. Если за это время БОС не купирован, подключают системные ГКС парентерально. БОС, не купирующийся более 10 дней, требует проведения бронхоскопии, даже если родители категорически отрицают возможность вдыхания инородного тела ребенком. И только при отрицательном результате эндоскопии назначаются ГКС внутрь.

Муколитические препараты назначаются при наличии обильной, вязкой, плохо отделяемой мокроты. Антигистаминные препараты, преимущественно второго поколения, назначаются детям с признаками сопутствующей аллергической патологии (ринит, дерматит), для купирования обострения бронхиальной астмы не применяются. Проводимые одновременно с медикаментозным физиотерапевтическое лечение и массаж грудной клетки также способствуют успешному лечению.

**Павлович Л.В., Ластков Д.О., Выхованец Т.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ГИГИЕНЫ**

На современном этапе одной из основных задач высшего медицинского образования является подготовка высококвалифицированных, грамотных, думающих специалистов, способных работать в команде и принимать в условиях дефицита времени стратегически правильные решения. Болонская система, которая длительное время широко внедрялась в систему образования, не позволила достичь желаемого результата. В настоящее время даже те студенты, которые отлично владеют огромным объемом базовых теоретических знаний и умеют безошибочно выбирать из предложенных вариантов тестов единственно правильный ответ, не могут логически обосновать его. Поэтому перед высшей медицинской школой стала серьезная проблема – научить студента мыслить логически, использовать полученный багаж знаний для совершенствования своей профессиональной подготовки.

Огромную роль в решении этой задачи может сыграть внедрение в образовательный процесс потенциала широкого взаимодействия его участников (педагога и обучаемых), новых методик обучения и оригинальных методических приемов, позволяющих научить будущих врачей мыслить, рассуждать, находить решение поставленной проблемы самостоятельно и в команде, строить логические цепочки, формировать целостные системы универсальных знаний, быть готовым к самостоятельной профессиональной деятельности.

С этой целью на кафедре гигиены и экологии при проведении практических занятий широко применяются различные виды интерактивной деятельности студентов: анализ конкретных ситуаций, решение реальных ситуационных задач, инсценировки, разбор инцидентов, деловые игры. Их целью является использование при усвоении знаний, умений и навыков интегрирования всех психических процессов обучаемого: речи, воображения, памяти, логического мышления, погружение студентов в реальную атмосферу делового сотрудничества. Таким образом, студенты приобретая новые знания и новый опыт, обмениваются ими друг с другом, идет процесс взаимообучения и взаимообогащения, причём каждый вносит в этот процесс свой индивидуальный вклад, обеспечивается вовлеченность каждого обучающегося в решение поставленной проблемы.

Таким образом применение интерактивных методов обучения в преподавании гигиенических дисциплин позволяет повысить речевую культуру студентов, формирует умение как самостоятельного, так и группового анализа реальных ситуаций с последующим отстаиванием индивидуальной и коллективной точек зрения, повышает мотивацию к образовательному процессу, готовит будущих специалистов к дальнейшей самостоятельной профессиональной деятельности.

**Писарев Я.И., Арзуманян С.К.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**

Цель исследования: Выявить наиболее оптимальный выбор хирургической тактики при диффузном токсическом зобе.

Материалы и методы: Данные отечественных и зарубежных научных статей за последние 10 лет, данные 129 историй болезней пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении ИНВХ им. Гусака с 2012 по 2016 гг. с диагнозом диффузный токсический зоб (ДТЗ).

Результаты: Согласно мировым показателям частота рецидивов ДТЗ после субтотальной резекции щитовидной железы составляет от 8 до

60%. Причем максимум приходится на первые годы после операции (60%). Частота рецидивов при оставленной культуре железы массой менее 10г составляет 7%, 11-20г – 16% и более 20г – 67%. Установлено, что масса остатка, определенная во время операции, и его масса, вычисленная во время контрольного УЗИ, с примерно равным отклонением отличается на 30% как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения. Также установлена связь между наличием антител к TSH рецепторам и частотой рецидивов (< 1,5 ЕД/л - рецидив ДТЗ после субтоталь-

ной резекции сводится к 16%. При титре более 1,5 ЕД/л показана тиреоидэктомия). Гипотиреоз как послеоперационное осложнение при субтотальной резекции возникает в 30-60% случаев. Что не исключает прием заместительной гормональной терапии в послеоперационном периоде. Однако при субтотальной резекции повреждение возвратного гортанного нерва выявляется реже. После тиреоидэктомии данное повреждение возникает от 5,2 до 15%. Послеоперационный гипопаратиреоз при тиреоидэктомии встречается в 95% случаев. Рецидива после тиреоидэктомии не возникает. Из 129 больных ДТЗ ИНВХ им. Гусака только 23 (17,8%) были мужского пола. Средний возраст составил 45,9 года. Из 129 больных мы выявили лишь 10, прооперированных повторно. Первая операция была произведена в среднем 17 лет назад. У 7 пациентов первичным объемом операции была субтотальная резекция щитовидной железы. У 1 - резекция доли и у 2 характер операции неизвестен.

**Платонов А.С., Боечко С.К., Томкив И.А.**

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк*

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОХИРУРГИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

В настоящее время методы эндоскопической диагностики и хирургии занимают все более прочное место в оториноларингологии. Этому способствует их малая инвазивность и физиологичность, что приводит к сокращению периода выздоровления и реабилитации.

Вместе с тем, сведения об использовании эндоскопической техники в ринохирургии при огнестрельных ранениях околоносовых пазух довольно скудны.

Целью нашей работы является демонстрация возможностей эндоскопической ринохирургии при огнестрельных ранениях околоносовых пазух.

Приводим наше наблюдение. Больной В., 23 лет (история болезни №1071), поступил в ЛОР-клинику с жалобами на боли в области левого глаза, головную боль.

Со слов больного, получил огнестрельное ранение из пистолета системы Флора. Пуля попала в левую орбиту, отмечалось кровотечение из орбиты и носа. Пациент был доставлен в больницу по месту жительства, где осмотрен окулистом и нейрохирургом. Выполнена КТ головы, выявлено инородное тело левой решетчатой пазухи. Был направлен в отделение микро-

Интересно, что послеоперационное гистологическое исследование подтвердило ДТЗ лишь у 6 пациентов. У 2 выявлен узловой зоб, 1- тиреоидит Хашимото и у 1- аденома щитовидной железы. Только у одного из 10 пациентов было проведено иммунологическое исследование, включающее АТ к ТПО (22 МЕ) и АТ к ТГ (43 МЕ). Антитела к ТSH рецепторам не были исследованы ни у одного из 129 больных.

Выводы: 1. Субтотальная резекция щитовидной железы возможна при наличии титра антител к ТSH рецепторам менее 1,5 ЕД/л и массе оставленной культи щитовидной железы не более 10г. 2. В пользу резекции также говорит то, что большинство больных - женщины. А тиреоидэктомия фактически лишает их фертильности. 3. Меньшая вероятность повреждения возвратного нерва и послеоперационного гипопаратиреоза. 4. За тиреоидэктомию - практически нулевой процент рецидивов

хирургии глаза, где произведена первичная хирургическая обработка левой орбиты и больной переведен в ЛОР-клинику.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. На левой орбите - повязка. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. АД - 120/80 мм рт.ст.

Риноскопия: слизистая оболочка носа розовая, влажная, несколько отечная; в носовых ходах патологического отделяемого нет, носовая перегородка в срединном положении. Остальные ЛОР-органы без особенностей.

На КТ околоносовых пазух в задних клетках левого решетчатого лабиринта визуализируется округлое инородное тело диаметром до 4 мм, которое прилегает к передней стенке клиновидной пазухи.

В ургентном порядке под эндотрахеальным наркозом выполнена операция - левосторонняя эндоскопическая эндоназальная этмоидотомия. У передней стенки клиновидной пазухи обнаружено инородное тело - свинцовый шарик. Инородное тело удалено. Левый средний носовой ход рыхло тампонирован, наложена пращевидная повязка.

В послеоперационном периоде больной по-



лучал цефтриаксон по 1.0 внутривенно 2 раза в день, метрогил по 100 мл внутривенно капельно 2 раза в день, анестетики. Послеоперационный период протекал гладко. Тампоны из полости носа удалены на следующий день после операции. Слизистая оболочка носа розовая, несколько отечна, в носовых ходах слева – скудное геморрагическое отделяемое. Дыхание че-

рез левую половину носа несколько затруднено. В удовлетворительном состоянии переведен для дальнейшего лечения в отделение микрохирургии глаза.

Таким образом, использование эндоскопической ринохирургии при огнестрельных ранениях околоносовых пазух в условиях военного времени является вполне рациональным.

**Победенная Г.П., Ярцева С.В., Сиротин В.И.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»*

### **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НЕКОТОРЫХ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

В настоящее время роль интерлейкина (IL)-8 в развитии и прогрессирования хронического воспаления при бронхиальной астме (БА) оценивается неоднозначно. Однако, по данным современных исследований, отмечено повышение концентрации этого цитокина при БА тяжелого течения. IL-8 является хемоаттрактантом для нейтрофилов [1]. Значению нейтрофильного воспаления в формировании тяжелой БА придается важное значение, потому что повышенному уровню нейтрофилов способствуют высокие концентрации эйкозаноидов – продуктов липоксигеназного пути превращения арахидоновой кислоты, в частности, лейкотриенов B<sub>4</sub>, C<sub>4</sub>, E<sub>4</sub>, D<sub>4</sub> [2].

Цель исследования – определение содержания и роли IL-8 у больных бронхиальной астмой различных степеней тяжести в сыворотке крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ).

Материал и методы. В сыворотке крови и в КВВВ 94 больных БА IL-8 исследовался спектрофотометрическим методом с использованием набора реактивов для иммуноферментного анализа, разработанных фирмой ООО «Цитокин» (Россия, г. Санкт-Петербург). Исследовано 52 больных с легким течением БА, 23 больных – со среднетяжелым и 19 больных с тяжелым те-

чением заболевания. Контрольную группу составили 30 практически здоровых человек.

Результаты и обсуждение. У пациентов с легким течением БА в сыворотке крови и в КВВВ показатели IL-8 не отличались от значений у здоровых лиц. У больных со среднетяжелым и тяжелым течением БА отмечалось повышение концентрации IL-8 в сыворотке крови и в КВВВ почти вдвое ( $p < 0,05$  при сравнении со здоровыми лицами), причем в КВВВ пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением БА показатель IL-8 был выше аналогичного в сыворотке крови. Повышение IL-8, значительно выражено в трахеобронхиальном дереве, чем в сыворотке крови, вероятно, подчеркивает паракринное значение этого цитокина для реализации обострения хронического воспаления у больных БА и характеризует большую выраженность местной воспалительной реакции над системной.

Выводы. Таким образом, у больных среднетяжелой и тяжелой БА отмечаются 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 местного воспаления и создает основания для акцента на местные терапевтические усилия.

**Победенная Г.П., Ярцева С.В.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»*

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, СОЧЕТАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Одним из часто встречающихся видов коморбидности является сочетание бронхиальной астмы (БА) с ожирением и сахарным диа-

бетом (СД) 2 типа. Лежащий в основе патогенеза БА дисбаланс субпопуляционной структуры Т-лимфоцитов, способствует развитию храни-

ческого локального воспаления с участием клеточных и гуморальных реакций. Жировая ткань, являясь источником продукции провоспалительных медиаторов обуславливает более значимые изменения состояния иммунной системы при БА, сочетанной как с ожирением, так и СД 2 типа.

**Материалы и методы.** Обследовано 87 пациентов в период стационарного лечения с обострением персистирующей БА средней степени тяжести и персистирующей тяжелой БА, (38 мужчин и 49 женщин), из числа которых были сформированы три группы. Пациенты с БА 1 группы (29 человека) были с нормальной массой тела, пациенты 2 группы (32 человек) наряду с БА имели ожирение 1 и 2 степени, а пациенты 3 группы с БА имели СД2 типа (26 человек). У всех пациентов наряду с общеклиническими обследованиями были исследованы показатели клеточного и гуморального иммунитета.

**Результаты.** У всех обследованных пациентов определялись изменения в количестве и составе иммунокомпетентных клеток. Так у пациентов 1 группы пул CD3<sup>+</sup> лимфоцитов не отличался от контрольных цифр, у пациентов 2 группы был достоверно ниже показателей здоровых лиц и пациентов 1 группы; изменения у пациентов 3 группы были наиболее значительно снижены. Уровень натуральных киллеров CD16<sup>+</sup> в 1 группе был в 1,1 раз ниже показателя контрольной группы, во 2 группе данный показатель превышал в 1,2 раза показатели пациентов 1 группы; значения CD16<sup>+</sup> 3 группы были в 1,4 раза ниже контрольных значений. Показатели Т-хелперов 1 группы регистрировались ниже, чем в контрольной группе в 1,1 раз, во 2 группе в 1,2 раза соответственно, а в 3 группе имели наименьшие значения среди обследованных. Уровень цитотоксических Т-лимфоцитов у пациентов 1 группы был достоверно ниже не только контрольной группы, но и уровня показателя 2 и 3 группы. Показатель CD22<sup>+</sup> лимфо-

цитов пациентов 1 и 2 группы не отличался от контрольной, у пациентов 3 группы был снижен по сравнению с контролем в 1,4 раза. Показатели уровня IgE пациентов 1 группы были в 2,4 раза выше, чем в контрольной группе, у пациентов 2 группы концентрация IgE превышала значения нормы в 4,5 раз, что отражало воздействие сопутствующего ожирения на состояние системного аллергического воспаления при БА. При этом значения IgE пациентов 3 группы не отличались от контрольных. Содержание IgA<sub>v</sub> в крови обследуемых 1 группы, было выше контрольных цифр в 1,4 раза. Концентрация IgM пациентов 1 группы также превышала показатели контроля, но в меньшей степени - в 1,3 раза. Уровень IgA и IgM пациентов 2 группы был достоверно ниже аналогичных в 1 группе в 1,3 и 1,2 раза. У пациентов 3 группы показатель IgA превышал значения контрольной группы в 1,3 раза, но был ниже показателей 1 группы в 1,1 раз. Значения IgM при сочетании БА и СД 2 типа были достоверно выше контрольных и существенно не отличались от аналогичных во 2 группе. Показатель IgG у пациентов при сочетании БА и ожирения превышал аналогичный в контрольной группе в 1,5 раз, однако, существенно не отличался от такового у пациентов 1 группы; у пациентов 3 группы уровень IgG превышал норму в 1,9 раз.

Таким образом, у пациентов с БА, БА сочетанной с ожирением и БА ассоциированной с СД 2 типа отмечается формирование недостаточности клеточного звена иммунитета, выраженность которой наиболее значима при БА, ассоциированной с СД 2 типа. У пациентов с БА и ожирением, в сравнении с пациентами с БА отмечены разнонаправленные изменения неспецифического гуморального ответа при активации специфического. У пациентов с БА с СД 2 типа, при разнонаправленном характере неспецифического гуморального звена иммунитета наблюдалась недостаточность специфического со сниженным уровнем IgG крови.

**Победенная Г.П., Ланг Е.В., Штыка Е.С., Колесниченко Т.В.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»  
ГУ «Специализированная железнодорожная больница», г. Луганск*

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОПИЧЕСКОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА И МОНТЕЛУКАСТА**

Частота встречаемости сезонного и круглогодичного аллергических ринитов колеблется, по данным разных авторов, от 20% до 40% в популяции. Качество жизни больного аллергическим

ринитом снижается намного существеннее, чем при бронхиальной астме. Эффективная терапия призвана снизить количество симптомов, уменьшить количество дней нетрудоспособности, пре-

дотворить трансформацию аллергических ринитов в более тяжелые формы аллергических болезней, улучшить качество жизни больных.

Цель работы - изучить эффективность комбинации топического глюкокортикостероида беклометазона пропионата и монтелукаста натрия в терапии аллергических ринитов.

Материал и методы исследования. Исследование проведено с включением 28 больных аллергическими ринитами в фазе обострения, в т.ч. 16 – с сезонным аллергическим ринитом (САР) и 12 – круглогодичным аллергическим ринитом (КАР) – основная группа. Группу сравнения составили 14 больных САР и КАР, которые по различным причинам (материальные, индивидуальные) не могли получать терапию указанной комбинацией. Средний возраст больных составлял в обеих группах (38,4±4,1) г. Все пациенты до начала наблюдения использовали деконгестанты короткого и длительного действия и антигистаминные препараты, чаще всего – цетиризин («Цетрин»). Больным основной группы назначался препарат беклометазона пропионат топического применения («Насобек») по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 2 раза в день и монтелукаст натрия («Синглон») по 1 таблетке 10 мг 1 раз в день на ночь. Симптомы ринореи, заложенности носа, чихания и общие (слабость, разбитость) оценивали по пятибалльной шкале, где 0 баллов – отсутствие симптомов, 5 баллов – резко выраженная симптоматика. Всем исследованным выполнялся мазок-отпечаток слизистой носовых ходов. За динамикой следили по дневнику самонаблюдения пациентов.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов групп основной и сравнения в начале наблюдения заложенность носа оценивалась в 3,9±0,7 баллов, ринорея - в 2,6±0,4 балла, чиха-

ние – 3,2±0,5 баллов, общая симптоматика – в 4,1±0,6 балла. У всех пациентов при осмотре отмечались мацерация крыльев носа, у 3-х - ротовое дыхание.

При назначении указанной комбинации симптомы заложенности носа, ринореи и чихания уменьшили свою выраженность, начиная с третьего дня терапии, полностью исчезли у 23 пациентов. У остальных 5 пациентов симптомы уменьшили свою выраженность соответственно – чихание – до 1,2±0,3 балла, ринорея – до 0,9±0,3 балла, заложенность – до 1,8±0,6 баллов, общие симптомы – до 3,0±0,4 баллов. Необходимость в деконгестантах и антигистаминных препаратах исчезла на 6-8 день терапии. Указанная комбинация применялась пациентами с САР на весь период цветения виновных растений, а у пациентов с КАР – в течение месяца с последующим переходом на монотерапию беклометазоном. Отсутствие полного эффекта терапии у 5 пациентов с аллергическим ринитом было связано с сопутствующим полипозом носа. У пациентов группы сравнения эффект терапии был менее выражен: заложенность носа корректировалась деконгестантами и составляла 2,9±0,7 баллов, чихание – 2,3±0,4 баллов, ринорея – 1,6±0,3 баллов, общие симптомы – 2,8±0,5 баллов, при этом улучшение симптоматики происходило на фоне продолжения терапии указанными препаратами. Все пациенты группы сравнения были предупреждены о негативных последствиях длительного применения деконгестантов.

Выводы. Терапия сезонного и круглогодичного ринитов с применением топических кортикостероидов и монтелукаста является эффективной, устраняя симптоматику болезни, уменьшая ее при сопутствующем полипозе носа, улучшает качество жизни больных.

Победенная Г.П.<sup>1</sup>, Ярцева С.В.<sup>1</sup>, Кострюкова Л.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»

<sup>2</sup>ГУ «Луганская городская поликлиника № 12»

## ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Изучение состояния трахеобронхиального дерева (ТБД) является важным для понимания факторов, обеспечивающих местный патологический процесс при бронхиальной астме (БА) [2].

Цель работы – изучить состояние рН ТБД у больных с БА различной степени тяжести.

Материал и методы исследования. У 78 пациентов с БА различных степеней тяжести исследовали состояние эндобронхиального рН мето-

дом фибробронхоскопии и компьютерной пристеночной рН-метрии. Для выработки референтной нормы учитывали результаты обследования 29 пациентов, которым ФБС производилась с диагностической целью и не выявила изменений в ТБД.

Результаты и их обсуждение. У здоровых лиц величины пристеночного рН на симметричных участках ТБД между собой существенно не раз-

личались. Более высокие значения показателя (более щелочная среда) были зафиксированы в проксимальных отделах, меньшие величины рН - в дистальных отделах, что, возможно, обусловлено местным увеличением осмолярности бронхоальвеолярного секрета и меньшим содержанием щелочного секрета бокаловидных клеток [1]. Величина пристеночного рН ТБД у больных БА зависела от степени проявлений эндобронхита. У больных с очаговым эндобронхитом, преимущественно при легкой БА имели место разнонаправленные изменения рН ТБД в симметричных участках измерения. Базисная терапия способствовала устранению явлений очагового эндобронхита с восстановлением показателей рН в симметричных участках ТБД. У лиц с БА средней тяжести и тяжелой наблюдались явления диффузного катарального или катарально-гнойного эндобронхита, оценку влияния базисной терапии на рН в симметричных участках ТБД осуществляли в зависимости от выраженности местной воспалительной реакции, а не от степени тяжести болезни. При диффузном катаральном эндобронхите до лечения все показатели рН были повышенными по сравнению с таковыми у здоровых лиц с тенденцией к снижению в направлении дистальных отделов, при этом самый высокий показатель рН ( $p < 0,05$ ) был на уровне киль трахеи. Однако, градиент „киль трахеи-устья субсегментарных бронхов” при диффузном катаральном

эндобронхите существенно не отличался от такового у лиц контрольной группы. После лечения обострения базисными средствами показатели рН в симметричных участках ТБД достигли референтной нормы у большинства больных. У лиц с диффузным катарально-гнойным эндобронхитом самые высокие показатели пристеночного рН отмечались в проксимальных отделах ТБД, превышали их более значительно, чем при диффузном катаральном эндобронхите, и также снижались в направлении дистальных отделов. После лечения с использованием препаратов базисной терапии достоверное снижение показателей пристеночного рН при сравнении с исходными значениями происходило только на уровне устья сегментарного бронха справа и слева, но они все-таки не достигли референтной нормы. Все другие значения пристеночного рН снижались несущественно.

Выводы. У больных БА выраженность изменений рН ТБД возрастала со степенью тяжести заболевания и тяжестью эндобронхита. У лиц с очаговым и диффузным катаральным эндобронхитом повышенные значения рН ТБД в симметричных участках измерения восстанавливались на фоне терапии базисными препаратами, а при катарально-гнойном эндобронхите величины пристеночного рН снижались, но не достигали референтной нормы, что отражает недостаточную эффективность только базисных средств на нормализацию рН ТБД.

**Победенная Г.П.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

## **ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОЗА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

В современном мире технологий, ксенобиотиков и ухудшающейся экологии распространенность бронхиальной астмы (БА), к сожалению, остается на достаточно высоком уровне.

БА зачастую имеет манифестный характер. Однако, возраст и индивидуальные особенности пациента, место его жительства, профессия могут изменять клиническую картину болезни, затрудняя ее диагностику.

Классическим проявлением заболевания является приступ удушья, однако, в литературе описаны кашлевая астма, одышка как эквивалент приступа удушья, приступообразное сдавление в грудной клетке.

Характерным диагностическим признаком БА, определяемым спирометрически, длительное время считалась обратимая бронхиальная

обструкция с приростом объема форсированного выдоха за 1-ю с в пробе с бронхолитиком короткого действия более 12%. В настоящее время этот диагностический признак утратил свою актуальность, уступив место вариабельности бронхообструкции.

Традиционно эффективными при БА для купирования приступа удушья рассматривали  $\beta_2$ -агонисты короткого действия. Тем не менее, у небольшой части пациентов эти препараты не являются эффективными, что объясняется полиморфизмом и вариабельностью рецепторов к этим препаратам у данных индивидуумов.

С учетом такого предиктора, как наследственная предрасположенность, заболевание наиболее часто начинается в детском возрасте и имеет гендерные особенности. В то же время,



у части пациентов имеет место развитие «поздней» астмы. Участились сообщения об «Астма-ХОБЛ перекрестном синдроме».

Диагноз БА нередко приводит больного на медицинскую экспертную комиссию, однако, следует помнить, что адекватная базисная терапия и контролируемое состояние позволяют па-

циенту сохранять трудоспособность. От семейного врача требуется своевременная аргументированная профорентация больных.

Знание проблемных вопросов диагностики и лечения БА обеспечит врачу компетентный подход к лечению пациента, а больному – полноту и качество жизни.

**Победенная Г.П., Ярцева С.В., Сиротин В.И.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»*

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НЕКОТОРЫХ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

В настоящее время роль интерлейкина (IL)-8 в развитии и прогрессирования хронического воспаления при бронхиальной астме (БА) оценивается неоднозначно. Однако, по данным современных исследований, отмечено повышение концентрации этого цитокина при БА тяжелого течения. IL-8 является хемоаттрактантом для нейтрофилов [1]. Значению нейтрофильного воспаления в формировании тяжелой БА придается важное значение, потому что повышенному уровню нейтрофилов способствуют высокие концентрации эйкозаноидов – продуктов липоксигеназного пути превращения арахидоновой кислоты, в частности, лейкотриенов B<sub>4</sub>, C<sub>4</sub>, E<sub>4</sub>, D<sub>4</sub> [2].

Цель исследования – определение содержания и роли IL-8 у больных бронхиальной астмой различных степеней тяжести в сыворотке крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ).

Материал и методы. В сыворотке крови и в КВВВ 94 больных БА IL-8 исследовался спектрофотоколориметрическим методом с использованием набора реактивов для иммуноферментного анализа, разработанных фирмой ООО «Цитокин» (Россия, г. Санкт-Петербург). Исследовано 52 больных с легким течением БА, 23 больных – со среднетяжелым и 19 больных с тяжелым те-

чением заболевания. Контрольную группу составили 30 практически здоровых человек.

Результаты и обсуждение. У пациентов с легким течением БА в сыворотке крови и в КВВВ показатели IL-8 не отличались от значений у здоровых лиц. У больных со среднетяжелым и тяжелым течением БА отмечалось повышение концентрации IL-8 в сыворотке крови и в КВВВ почти вдвое ( $p < 0,05$  при сравнении со здоровыми лицами), причем в КВВВ пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением БА показатель IL-8 был выше аналогичного в сыворотке крови. Повышение IL-8, значительно выражено в трахеобронхиальном дереве, чем в сыворотке крови, вероятно, подчеркивает паракринное значение этого цитокина для реализации обострения хронического воспаления у больных БА и характеризует большую выраженность местной воспалительной реакции над системной.

Выводы. Таким образом, у больных среднетяжелой и тяжелой БА отмечаются 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 местного воспаления и создает основания для акцента на местные терапевтические усилия.

**Победенный А.Л.**

*Луганская республиканская клиническая больница*

## **АМБУЛАТОРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ**

Актуальность проблемы. Тяжесть клинических проявлений, трудности лечения и серьезность последствий делают черепно-мозговую травму (ЧМТ) одной из наиболее важных и акту-

альных проблем современной нейрохирургии. На травматические повреждения черепа приходится до 30-40 % всех травм. В последнее время в патогенезе формирования расстройств и ослож-

нений в ближайшем и отдаленном периоде ЧМТ средней тяжести, наряду с изменениями биохимических показателей, активацией системы перекисного окисления липидов и снижением антиоксидантной защиты, нарушениями метаболизма оксида азота, значительное внимание уделяется состоянию иммунной системы. Многими исследованиями было показано снижение показателей системного иммунитета у пациентов с перенесенной ЧМТ, в связи с чем возрастает актуальность проведения иммунореабилитации на амбулаторном этапе.

Цель работы: проанализировать эффективность амбулаторной иммунореабилитации больных после перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ) средней тяжести с помощью включения в комплексное лечение пациентов препарата нуклеината.

Материал и методы: исследовано 39 больных после перенесенной ЧМТ и проведенного оперативного лечения по поводу гематомы разной локализации и величины, которые были разделены на 2 группы: I (21 больных) – получали общепринятую терапию и II – 18 пациентов, которым дополнительно назначали иммуноактивный препарат нуклеинат в дозе 1,5 г в сутки (по 2 капсулы 3 раза в день после еды) в течение 2 недель. Динамику когнитивных функций

у больных оценивали по данным теста запоминания 10 слов (ЗаС-10), в сыворотке крови исследовали уровни интерлейкинов (IL) (IL) -1 $\beta$ , IL-4,  $\gamma$ -IFN методом иммуноферментного анализа, субпопуляции Т- и В-лимфоцитов, иммунорегуляторный индекс (ИРИ).

Результаты: После проведенного реабилитационного лечения с включением нуклеината у больных реже диагностировался и был менее выраженным цефалгический синдром, отмечалось улучшение памяти по данным теста ЗаС-10 в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). Исследование содержания CD3+-лимфоцитов лиц II группы выявило более интенсивное – в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ) – их возрастание сравнительно с интенсивностью повышения показателя CD3+-клеток у больных I группы. Концентрация CD4+-клеток в абсолютных и относительных значениях также возросла при несущественных изменениях показателей CD8+-лимфоцитов, что привело к повышению значений ИРИ. При этом было достигнуто более существенное снижение содержания в сыворотке крови интерлейкина (IL)-1 $\beta$ , нормализация содержания IL-4 и  $\gamma$ -IFN.

Выводы: у больных с перенесенной ЧМТ амбулаторный курс иммунореабилитации с включением нуклеината улучшил эффективность клинического восстановления больных.

**Потапов А.А., Козаков А.Г.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВОДЫ НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Военные действия, как вариант экстремального воздействия на окружающую среду, могут существенно ухудшать состояние всех ее компонентов. С гигиенических позиций наибольший интерес представляет влияние на здоровье населения загрязненной воды. Особую значимость данной проблеме придает то обстоятельство, что существует реальная угроза разрушения очистных сооружений.

Поверхностные источники хозяйственно-питьевого водоснабжения оказались загрязнены ядовитыми техническими жидкостями, преимущественно горюче-смазочными материалами, соединениями тяжелых металлов, взрывчатыми веществами и продуктами их взрывов. В условиях локального военного конфликта существенно возросла гигиеническая значимость загрязнения воды водоемов продуктами трупного разложения.

Важное значение имеют также и те водоемы, которые используются населением спонтанно для хозяйственно-бытовых, не питьевых целей. Повышенный риск формирования инфекционных и неинфекционных заболеваний вынуждает осуществлять санитарный надзор с учетом специфики загрязнения водоемов. При этом, наверное, не следует игнорировать последствия применения различных боеприпасов, и возникающие в связи с этим особенности загрязнения водоемов.

Определенный интерес представляют водоемы, расположенные вблизи территорий, использованных для временного размещения воинских подразделений. Следует отметить, что на этих участках, зачастую, остаются в больших количествах пищевые отходы и продукты жизнедеятельности. Серьезную опасность могут представлять медицинские отходы. Естествен-

но, что определенные погодные условия в течение непродолжительного времени обеспечат масштабное поступление в воду органических загрязнений.

Гораздо более серьезные последствия ожидаемы в перспективе еще и в связи с тем, что места размещения воинских формирований загрязнены твердыми отходами, а именно остатками тары, упаковки, воинского имущества, боеприпасов. Общеизвестно, что через определенное время изменение величин токсикологических показателей качества воды может стать причиной роста заболеваемости. При этом прогнозы динамики состояния здоровья населения могут быть весьма неутешительны.

Разрушение городских инфраструктур затрудняет проведение своевременного ремонта изношенных многолетней эксплуатацией систем водоснабжения и канализации. Заметное ухудшение качества водопроводной воды вынуждает на-

селение все шире использовать подземные воды для питьевых целей, не только как альтернативный, но иногда, как основной, или даже единственно возможный вариант. Однако, такая организация самоснабжения не решает, к сожалению, проблему обеспечения безопасной в эпидемиологическом отношении питьевой водой. Нам представляется, что основными причинами ухудшения качества подземных вод являются: загрязнение территорий вследствие неправильно проведенных захоронений, недостаточный медицинский контроль при сборе и удалении нечистот и отходов, потеря немалых площадей лесных массивов вследствие пожаров и вырубки.

Таким образом, решение организационных вопросов при осуществлении санитарного надзора за организацией водоснабжения требует обязательного учета особенности ситуации, сформировавшейся при ведении военных действий на территории Донбасса.

**Прилуцкий А.С., Глушич С.Ю.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **УРОВНИ ТТГ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ НАЛИЧИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ**

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы (ЩЖ) являются классической моделью органоспецифической патологии. Их можно подразделить на две основные группы: болезнь Грейвса (БГ) и аутоиммунный тиреоидит (АИТ). В наше время актуальным является диагностика аутоиммунных заболеваний, особенно у беременных.

Так, исходя из проанализированных нами данных зарубежной и отечественной литературы около 10-20% беременных с эутиреозом имеют положительные антитела к щитовидной железе. Кроме того, по имеющимся оценкам, частота аутоиммунных заболеваний у беременных с болезнью Грейвса регистрируется в 0,1-0,4% случаев и приблизительно у 4-9% всех женщин развиваются транзиторный или послеродовой аутоиммунный тиреоидит с чередованием фаз тиреотоксикоза и гипотиреоза.

Диагностика аутоиммунных заболеваний щитовидной железы осуществляется выявлением повышенных уровней антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО), к тиреоглобулину (АТ к ТГ) и к рецепторам тиреотропного гормона (АТ-рТТГ) (18%). Согласно рекомендациям, Американской Ассоциация Клинических Эндокринологов (ААСЕ) всем беременным с высоким риском развития патологии щитовидной железы

необходимо проводить регулярный мониторинг сыворотки крови на выявление вышеуказанных специфических аутоантител. Как правило, титры антител к ЩЖ являются самыми высокими в первом триместре, а в дальнейшем течении беременности уменьшаются примерно на 60% по отношению к исходным их показателям. Ряд авторов обнаружили, что по мере прогрессирования беременности у антитело-позитивных к тиреопероксидазе женщин с эутиреозом, начиная со II триместра уровни ТТГ увеличивались от 1,7 мЕд/л (12-я неделя беременности) до 3,5 мЕ/л (срок родов). При этом у 19% из них значения тиреотропных гормонов были выше нормальных референсных интервалов для беременных, которые в I триместре должны составлять 0.1–2.5 мМЕд/л, во II триместре - 0.2–3.0 мМЕд/л, в III триместре - 0.3–3.0 мМЕд/л (исходя из рекомендаций Американской Ассоциация Клинических Эндокринологов). Поэтому при наличии аутоантител к щитовидной железе рекомендуется определение уровня ТТГ каждые 4 недели со второго триместра, из-за повышенного риска развития дисфункции ЩЖ.

Таким образом, во время беременности, при выявлении у женщин повышенных уровней специфических аутоантител необходима особая настороженность в трактовке лабораторных

показателей и регулярное определение тиреотропного гормона в сыворотке крови беременных. Следует отметить, что игнорирование даже небольших отклонений от референсных интервалов данного показателя, могут привести к несвоевременной диагностике гипо- или гипер-

тиреоза аутоиммунной этиологии, выбору неправильной тактики наблюдения и лечения. Как следствие, это может привести к самопроизвольному прерыванию беременности, преждевременным родам, а также повлиять на развитие плода.

**Прилуцкий А.С., Демкович О.О., Роговая Ю.Д.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГЕПАТИТОМ В И ВАКЦИНАЦИЯ В ДОНБАССЕ: ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

На сегодняшний день вирусный гепатит В остается одним из наиболее грозных инфекционных заболеваний, которое характеризуется зачастую тяжелым течением и высокой вероятностью хронизации с развитием таких опасных для жизни заболеваний печени как цирроз и рак и формированием внепеченочных осложнений. В связи с распространением вируса гепатита В среди лиц молодого возраста и, как следствие, высоким риском перинатального заражения, а также значительной долей бессимптомных форм в структуре клинических проявлений и малой инфицирующей дозой наиболее эффективным средством для борьбы с гепатитом В в настоящее время признана иммунопрофилактика.

Целью настоящей работы являлся анализ динамики и структуры заболеваемости вирусным гепатитом В на территории Донбасса за 1971-2016 годы с оценкой охвата и эффективности вакцинации. Анализ осуществлялся на основании официальных статистических данных, предоставленных Республиканским центром санитарно-эпидемиологического надзора, а также данных о численном составе возрастных групп населения. При обработке материала был использован статистический пакет компьютерной программы Microsoft Excel (Microsoft, США).

На территории Донбасса иммунизация против вирусного гепатита В проводится с 2001 года. В период с 1971 по 2001 годы отмечались значительные колебания уровней заболеваемости с минимальным значением 7,1 случаев на

100 тысяч населения (1985 год) и максимальным значением 49,6 случаев на 100 тысяч населения (1995 год). После введения вакцинации максимальная заболеваемость составила 29,6 случаев на 100 тысяч населения (2002 год). Минимальная заболеваемость была зарегистрирована в 2016 году и составила 5,05 случаев на 100 тысяч населения. В целом, за период времени, на протяжении которого проводилась вакцинация, заболеваемость вирусным гепатитом В снизилась в 5,76 раза.

Повозрастной анализ динамики заболеваемости вирусным гепатитом В также показал снижение заболеваемости после введения вакцинации в 2001 году. Кроме того, наиболее выраженный эффект отмечен для группы детей в возрасте 15-17 лет. Необходимо указать, что наряду с уменьшением числа заболевших среди других возрастов отмечается также резкое повышение заболеваемости детей в 2009-2014 годах в период наблюдавшегося снижения охвата прививками против гепатита В.

Таким образом, проведенный анализ показал, что многолетняя динамика заболеваемости вирусным гепатитом В на территории Донбасса имела выраженные колебания. При этом отмечается явное положительное влияние обязательной вакцинации на эпидемический процесс данного заболевания. Полученные результаты позволяют нам разрабатывать эффективные на современном этапе мероприятия по предупреждению инфицирования, рекомендовать и отстаивать необходимость проведения всеобщей иммунопрофилактики вирусного гепатита В.



Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ЧАСТОТА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ЛИМОНУ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И СПЕЦИФИЧЕСКИХ IGE-АНТИТЕЛ

В настоящее время цитрусовые культуры (лимон, апельсин, мандарин, грейпфрут, цитрон, лайм и различные их гибриды) занимают первое место по объему производства и использования плодов в мире. В ряде зарубежных и отечественных научных работ показано, что употребление в пищу продуктов, содержащих мякоть и сок лимона, может привести к различным проявлениям аллергических реакций (атопический дерматит, крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др.) у детей. Однако исследования частоты сенсibilизации и клинически диагностированной аллергии к лимону единичны и чаще всего рассматривают реакции, связанные с косметическими средствами (кремы, парфюмы, эфирные масла) и бытовой химией, а проявления пищевой аллергии остаются практически неизученными. Вместе с тем, именно они имеют наиболее существенное значение, т. к. лимон и его компоненты широко используются в качестве ингредиентов в пищевой промышленности и как самостоятельный пищевой продукт.

В этой связи возникает необходимость исследования частоты клинических проявлений аллергии и сенсibilизации к лимону и среди детей и подростков с анамнестическими данными о пищевой аллергии или с ее симптомами на момент обращения.

Нами проведено исследование 70 детей и подростков (в возрасте от 2 месяцев до 17 лет) с установленным диагнозом пищевой аллергии методом детального анкетирования и клинического осмотра. Также с помощью отечественной тест-системы IV поколения (г. Донецк) определялись уровни специфических IgE-антител (sIgE) к лимону в сыворотках крови детей и подростков в возрасте от 1 месяца до 17 лет (n=334) с наличием в анамнезе или на момент обращения аллергических заболеваний. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась при помощи программ Statistica 6.0 и MedStat. Проверка распределений выборок показателей на нормальность (тесты «хи-квадрат», Колмогорова–Смирнова и Лилиефорса, W-тест

Шапиро–Уилка) показала непараметрический характер распределения. Произведен расчет медианы и ее ошибки, достоверность различий между двумя независимыми выборками определялась посредством U-критерия Манна–Уитни. Различия считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

В результате проведенной работы клинически выраженные реакции на употребление в пищу лимона были зарегистрированы у 6 из 70 детей и подростков с установленным диагнозом пищевой аллергии, их частота составила  $8,57 \pm 0,04$  %. Полученные данные подтверждают сведения из научных публикаций, согласно которым частота клинически установленной аллергии к лимону колеблется в пределах 1,2–23,0 %. При этом у всех обследованных, отмечавших связь обострений пищевой аллергии с употреблением лимона, были выявлены диагностически значимые уровни sIgE к данному продукту.

Концентрации же sIgE к лимону, достоверно ( $p < 0,05$ ) превышающие диагностические уровни, были обнаружены в сыворотке крови у  $25,32 \pm 0,02$  % обследованных детей и подростков с проявлениями пищевой аллергии на момент исследования или в анамнезе. Следует отметить, что данный показатель статистически достоверно превышал частоту клинических проявлений аллергии, связанных с употреблением лимона в пищу, свидетельствуя о наличии у детей с установленной пищевой аллергией скрытой сенсibilизации к лимону, которая выявляется только лабораторными методами.

Таким образом, нами установлено, что частота сенсibilизации к лимону, регистрируемая *in vitro* (определение специфических IgE), статистически значимо ( $p < 0,05$ ) превышает частоту регистрируемых клинически реакций. Исследование уровня sIgE к комплексу антигенов лимона, позволяет выявить ее наличие при отсутствии в анамнезе данных о связи клинических обострений пищевой аллергии с употреблением лимона и его компонентов.

Прохоров Е.В., Гончарова Т.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## КАРНИТИНОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Общеизвестно, что пневмония у детей, особенно осложненная, 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. В этой связи естественный научно-практический интерес вызывает изучение у детей с различным течением внебольничной пневмонии (ВП) особенностей митохондриального транспорта метаболизма путем определения содержания общего карнитина в крови.

Цель работы. Изучение особенностей митохондриального транспорта метаболизма при неосложненной и осложненной внебольничной пневмонии у детей с перинатальным поражением ЦНС.

Материал и методы. Обследовано 87 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с внебольничной пневмонией. Пациенты были распределены на 2 группы: I группа (основная) – 44 ребенка (56,6%) с осложненным течением ВП; II группа (сравнения) – 43 ребенка (49,4%) с неосложненным течением пневмонии. Наряду с общепринятым клинико-лабораторным и рентгенологическим обследованием, всем детям определяли содержание карнитина в крови. Определение его концентрации производили методом тандемной хромато-масс-спектрометрии (LC/MS-MS).

Результаты и обсуждение. У всех пациентов вне зависимости от тяжести течения пневмонического процесса наблюдалось снижение содержания общего карнитина в крови. Однако наиболее выраженные изменения касались детей с тяжелым, осложненным течением пневмонии. Подсчет средних величин содержания об-

щего карнитина в крови у детей с ВП показал, что наиболее сниженное его значение установлено в группе детей с тяжелым, осложненным течением ( $23,9 \pm 1,7$  мкмоль/л,  $p < 0,001$ ), у детей с неосложненным –  $41,3 \pm 2,2$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ), а среди детей контрольной группы –  $60,4 \pm 3,8$  мкмоль/л. Вне зависимости от тяжести течения ВП у детей закономерно обнаруживались признаки нарушенного митохондриального транспорта метаболизма в виде снижения содержания общего карнитина в плазме крови. В подавляющем большинстве случаев карнитиновая недостаточность сопутствовала детям, у которых пневмония характеризовалась тяжелым, осложненным течением, и чаще имели место признаки перинатального поражения ЦНС. Так, из 44 больных I группы пониженное содержание карнитина высокой степени ( $\leq 30$  мкмоль/л) установлено в подавляющем большинстве (81,8%) случаев. У остальных 8 (18,2%) пациентов этой группы зарегистрированы показатели с умеренной степенью нарушения (от 31 до 50 мкмоль/л). Во II группе (с НВП) высокая степень снижения карнитина отмечена только у 14 из 43 больных, что составило 32,6%. В остальных случаях у пациентов наблюдались умеренно сниженные показатели содержания общего карнитина (67,4%).

Выводы. У детей с перинатальным повреждением ЦНС вне зависимости от тяжести течения внебольничной пневмонии закономерно обнаруживаются признаки нарушенного митохондриального транспорта метаболизма в виде снижения содержания общего карнитина в крови. Признаки дефицита карнитина в большей степени сопутствуют случаям внебольничной пневмонии с тяжелым, осложненным течением, с выраженными признаками дыхательной недостаточности, что определяет целесообразность коррекции подобных изменений.

Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР СУБКЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Выполнение задач служебно-боевой деятельности Вооруженных сил государства в решающей степени зависит от нормального физического развития, функционирования основных систем жизнеобеспечения призывников, способности их организма адаптироваться к меняющимся условиям внешней среды. Негативные тенденции в оценке степени годности юношей призывного возраста к военной службе определяют необходимость поиска новых методических, лечебно-диагностических, профилактических технологий, способствующих повышению уровня здоровья будущих воинов.

Цель: определение частоты и характера субклинических форм сердечно-сосудистой патологии у мальчиков-подростков Донецкого региона.

Материал и методы. На первом этапе в исследовании приняли участие 547 мальчиков-подростков в возрасте 15 – 16 лет. Обследованы дети, 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 336 (61,4%) подростков признаны здоровыми. В основную группу вошли 192 (35,1%) мальчиков-подростков с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии. Обследование детей включало сбор жалоб, анамнестических данных, клинический осмотр, проведение лабораторных (определение липидного, гликемического профиля) и инструментальных исследований (стандартная ЭКГ, доплер-ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, стресс-тесты (тредмил-тест). По показаниям – ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне).

Результаты и обсуждение. По результатам выполненного обследования все подростки были разделены на 4 группы. I группу состави-

ли 53 мальчиков-подростков – с высоким нормальным артериальным давлением или «предгипертензией» (ВНАД), II группу – 51 мальчиков с нарушениями ритма сердца (НРС), III группу – 45 подростков с дислипидемией, нарушением толерантности к глюкозе и предгипертензией – мозаичный метаболический синдром (МС), IV группу – 43 мальчиков-подростков с патологическими формами геометрии миокарда (ГМ), ХСН I.

Достоверной разницы между жалобами в группах обследованных подростков не выявлено. Однако, в группе детей с ВНАД достоверно ( $p>0,05$ ) чаще, нежели в других группах констатированы жалобы на головную боль, подростки с НРС достоверно ( $p>0,05$ ) чаще жаловались на измененное сердцебиение.

В целом при обследовании соматического статуса принципиальных отличий не отмечено. В то же время, в I группе (ВНАД) наиболее часто констатированы приглушенность сердечных тонов (35,8%) и короткий систолический шум на верхушке в горизонтальном положении (47,2%). Во II группе (НРС) у 72,5% подростков выявлена аритмичная сердечная деятельность. В III группе (МС) наиболее часто встречались короткий систолический шум на верхушке и щелчок открытия митрального клапана – 53,3 и 60,0% соответственно. Почти у всех (95,3%) мальчиков-подростков IV группы (ГМ) выслушивался короткий систолический шум на верхушке в горизонтальном положении и более, чем у половины (58,1%), – приглушенность сердечных тонов.

Заключение. Таким образом, комплекс адекватных и информативных для оценки состояния сердечно-сосудистой системы методов обследования позволил у 35,1% мальчиков-подростков призывного возраста выявить субклинические формы сердечно-сосудистой патологии, характеризующиеся собственными клиническими особенностями.

Романенко Т.А., Думчева Т.Ю., Демкович О.О.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканский лабораторный центр санэпиднадзора ГСЭС МЗ ДНР, Донецк

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОКЛЮША: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

В 2016 г. произошла активизация коклюша за счет наиболее интенсивного вовлечения в эпидемический процесс детей первого года жизни (заболеваемость среди них возросла в 8,9 раза), а также – детей возрастной группы 5-9 лет, интенсивность роста в которой была на втором месте (заболеваемость возросла в 4,7 раза по сравнению с предыдущим годом). Интенсивные показатели составили 164,6 на 100 тыс. детей первого года и 11,0 на 100 тыс. детей 5-9 лет. Среди заболевших лиц было 24,1 % привитых и 75,9 % непривитых против коклюшной инфекции, что обусловлено низким охватом плановой иммунизацией из-за нехватки вакцинных препаратов. Еще одной немаловажной причиной роста заболеваемости коклюшем мы считаем улучшение диагностики инфекции, изменение подходов к лабораторному подтверждению диагноза коклюш.

Ретроспективный анализа сведений о лабораторном подтверждении диагноза «коклюш» по данным 136 историй болезни лиц, госпитализированных в стационар по поводу этой инфекции, и 80 карт эпидемиологического обследования очагов показало, что диагноз коклюша первично при обращении к врачу устанавливался только у 56,3 % больных лиц. В 85,7-98,6 % случаев применялись лабораторные методы для этиологического подтверждения диагноза. В структуре различных использованных методов доля бактериологического составляла 71,3-79,5 %, а его результативность колебалась от 4,3 % до 47,4 %. Удельный вес применения реакции агглютинации (РА) составлял 25,0-84,7 %, а частота положительных результатов – 8,6-47,4 %. По официальным отчетам бактериологической лаборатории Донецкой областной СЭС возбудитель коклюша при обследовании с диагностической целью выделялся в 2000-2010 гг. в среднем от 3,0 % лиц с длительным кашлем, обследованных с диагностической целью, в 2011-2013 гг. – от 1,6 % обследованных, в 2014-2016 гг. – еще

реже – 0,9 %. Среди лиц, обследуемых по эпидемическим показаниям, возбудитель коклюша выделялся еще реже: 0,9 %, 0,45 %, 0,2 % соответственно в разные годы.

В Донецком регионе благодаря гуманитарной помощи Российской Федерации появилась возможность использовать современный молекулярно-биологический метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для диагностики коклюша в бактериологической лаборатории Республиканского лабораторного центра ГСЭС МЗ ДНР. Исследования заднеглоточных мазков проводятся в ПЦР в реальном времени (PCR Real-Time) на термоциклере Rotor-Gene-6000 с августа 2016 года, используется тест-система «АмплиСенс Bordetella multi-F1» формат FRT. Всего было проведено 202 исследования, получено 90 положительных ответов. Чаще всего коклюш подтверждался среди обследованных детей в возрасте 0-1 год – 52,9 %, среди лиц 2-5 лет – 50,8 %, 6-9 лет – 38,5 %, 10-14 лет – 29,0 %, 15 лет и старше – 14,3 %.

Показатели лабораторной диагностики коклюша значительно улучшились. Так, в 2015 г. (до внедрения ПЦР) зарегистрировано 15 случаев коклюша. Охват бактериологическими исследованиями больных с подозрением на коклюш составил 28,5 %, уровень лабораторного подтверждения диагноза – 40 %, положительные результаты были получены только серологическим методом. В 2016 г. зарегистрировано 83 случая. Диагноз был подтвержден лабораторно в 72,3 %, в том числе бактериологическим методом – 29,6 %, серологическим методом – 21,7 %, в ПЦР – 64,4 %.

При выборе метода исследования с целью повышения эффективности лабораторной диагностики коклюша врачам практического здравоохранения предлагается руководствоваться специальной схемой, которая учитывает возраст заболевшего, прививочный анамнез, период заболевания, лечение антибиотиками.



Рябов А.Б., Хомяков В.М., Колобаев И.В., Черемисов В.В.,  
Чайка А.В., Уткина А.Б., Аксенов С.А.

МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, РФ

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Одним из основных методов лечения новообразований пищевода остается хирургическое лечение. Недостатками открытого доступа при опухолях пищевода являются травматичность (торакотомия, лапаротомия), высокий риск бронхо-легочных осложнений и, как следствие, длительное восстановление после операции. Внедрение малоинвазивных вмешательств на пищеводе, позволяющих избежать торакотомии, значительно уменьшает операционную травму и снижает риск осложнений.

Материалы и методы. В течение последних 2-х лет малоинвазивные вмешательства по поводу новообразований пищевода выполнены у 26 больных (мужчин-15, женщин-11). Средний возраст - 55,3 лет (17 до 70 лет). Продолжительность операции составила от 90 до 680 минут (среднее время 370 минут). Средний объем кровопотери 261мл. Средний койко-день составил - 15,4 дня. У 16 пациентов (61,5%) диагностирован плоскоклеточный рак грудного отдела пищевода, у 1 (3,8%) - аденокарцинома. У 3 больных были лейомиомы пищевода, у 3 - гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО), прочие опухоли - 3. У больных раком пищевода локализованный процесс (T1-T2N0) был у 7 пациентов, местно-распространенный - у 10. У 1 пациента с ГИСО IV стадии (метастазы в легких) операция выполнена по ургентным показаниям в связи с кровотечением. У 20 (77%) пациентов использован торакоскопический доступ, у 6 (23%) - видеоассистированный (с миниторакотомией). 19 (73%) больным потребовалась пластика пищевода: у 18 - желудочным стеблем, у 1 пациента (5,3%) - сегментом толстой кишки. Аб-

доминальный этап при пластике пищевода выполняли открытым способом у 17 (65,4%) больных, лапароскопическим - у 2 (7,7%). Анастомоз формировали на шее (18) или внутриплеврально (1).

Результаты. Применение малоинвазивного доступа привело к уменьшению сроков нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), снижению потребности в обезболивании, улучшению дренажной функции бронхов и сокращению послеоперационного койко-дня. Наиболее частым послеоперационным осложнением было частичное повреждение левого возвратного гортанного нерва (6), что проявилось осиплостью голоса, затруднениями при откашливании и поперхиванием при глотании (2 больных). У одного больного на фоне двусторонней пневмонии и дыхательной недостаточности отмечена несостоятельность внутриплеврального эзофаго-гастроанастомоза с эмпиемой плевры и сепсисом. Еще у одного пациента на фоне перфорации механического шва желудочного стебля развился гнойный медиастинит, эмпиема плевры, трахео-плевральный свищ. В обоих случаях, несмотря на повторные вмешательства, зафиксирован летальный исход.

Выводы. Применение малоинвазивных технологий при опухолях пищевода позволяет снизить риск легочных осложнений, кровопотерю, выраженность болевого синдрома с сокращением сроков реабилитации после операции. Тем не менее, отсутствие торакотомии не предотвращает развития грозных хирургических осложнений, в частности у ослабленных и соматически отягощенных больных.

Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Бойченко А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ОТЧУЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Отчуждение в экзистенциальной психологии и психиатрии рассматривается как нарушение в структуре взаимоотношений индивида с миром, проявляющееся в переживании смыслоутраты. При этом в описание его входят и такие характеристики как ощущение бесцельности существо-

вания, апатия, сочетающиеся со скукой, депрессией и притупленной эмоциональной реакцией (уплощением аффекта), являющиеся характеристиками эмоционально-мотивационного снижения у больных шизофренией.

С целью исследования феноменологической

структуры переживания отчуждения больными шизофренией были обследованы 74 пациента с данным диагнозом (45 мужчин (60,8%) и 29 женщин (39,2%)) в возрасте от 18 до 55 лет с помощью опросника субъективного отчуждения для взрослых (ОСОТЧ-В, в адаптации Е.Н. Осина, 2010). Математическая обработка результатов проводилась с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 7.7» (StatSoft) на IBM PC/AT.

При анализе отчужденности у больных с различной давностью заболевания обращала на себя внимание относительная сохранность взаимоотношений с окружающим миром у больных с длительностью заболевания менее 5 лет при нарастании отчуждения по мере увеличения давности заболевания. Однако в коммуникациях с окружающими людьми у пациентов данной группы отмечался более высокий уровень отчужденности ( $36,25 \pm 23,6$ ) с тенденцией к нарастанию общего показателя отчуждения от других людей в группе больных с длительностью заболевания свыше 5 лет ( $46,75 \pm 32,7$ ). Вне зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов обследованные больные характеризовались умеренной отчужденностью от работы, общества, других людей, семьи и от самих себя, причем не наблюдалось тенденции к нарастанию отчуждения в группе больных, перенесших 4 и более психотических эпизодов. Количество госпитализаций в психиатрический стационар оказалось фактором, наиболее явно влияющим на отчужденность в различных сферах жизни у обследованных больных. Очевидной являлась тенденция к нарастанию субъективной изоляции пациентов, чаще госпитализированных в психиатрическую больницу ( $40,7 \pm 23,6$  в группе I (1 госпитализация),  $44,8 \pm 34,6$  в группе II (2-3 госпитализации) и  $49,35 \pm 32,9$  в группе III (4 и более госпи-

тализаций)). Нарастание отчуждения от работы проявлялось компульсивным поиском экстремальных видов деятельности (или деятельности, несвойственной пациентам до заболевания) или же полным обесцениванием идеи занятости на рабочем месте (различия в показателях авантюризма и вегетативности в отчуждении от работы между группами статистически достоверны ( $p < 0,05$ )). Отчуждение от общества наиболее ярко проявлялось в группе пациентов, имевших 2-3 госпитализации в психиатрический стационар. Примерно с одинаковой частотой наблюдались деструктивное поведение (показатель авантюризма  $53,9 \pm 19,6$ ) и обесценивание идеи общественной жизни (показатель вегетативности  $47,7 \pm 30,6$ ). Нарастающее с кратностью госпитализаций отчуждение от семьи проявлялось как переживанием утраты веры в собственные возможности повлиять на семейную ситуацию, так и деструктивная позиция во взаимоотношениях с членами семьи как демонстрация убежденности в отсутствии смысла сохранения семьи (показатели бессилия и нигилизма в исследуемых группах  $36,9 \pm 24,9$ ,  $45,8 \pm 19,2$ ,  $53,7 \pm 27,3$  и  $38,2 \pm 20,9$ ,  $42,5 \pm 16,7$ ,  $62,6 \pm 51,8$  соответственно).

Таким образом, у обследованных больных шизофренией отчужденность наблюдалась в основном в сферах работы и семьи. На показатели отчуждения от работы оказывали влияние длительность заболевания и частота госпитализаций в психиатрический стационар, отчуждение от семьи усугублялось и видоизменялось по мере нарастания давности заболевания, увеличения количества перенесенных психотических эпизодов и кратности госпитализаций. Полученные данные определяют точки приложения специфических и неспецифических личностно-ориентированных методов оказания помощи и поддержки больным шизофренией.

**Савченко М.В., Иваницкая Н.Ф., Михайлова Т.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ВЛИЯНИЕ ТИОМОЧЕВИНЫ И РОДАНИСТОГО АММОНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ИХ ПРОИЗВОДСТВА**

Указанные изомерные соединения тиомочевина и роданистый аммоний выпускаются на коксохимических предприятиях. Они широко используются в народном хозяйстве, в частности в горнодобывающей промышленности, как средство флотации, в производстве машинных масел, для получения красителей, в фармацевтической промышленности, и др.

Было проведено гигиеническое обследование цехов по производству тиомочевина на коксохимических предприятиях нашего региона. Тиомочевина производится из цианамида кальция и сернистого аммония.

При изучении условий труда и факторов трудового процесса было установлено, что микроклимат на рабочих местах аппаратчиков неблаго-

приятный нагревающий в теплый период года и охлаждающий – в холодный период года. Система вентиляции общеобменная приточно-вытяжная, с недостаточной эффективностью. Освещенность рабочих мест низкая и неравномерная. Уровни производственного шума и вибрации – не превышали гигиенические нормативы.

Отмечается недостаточная автоматизация, механизация и герметизация технологических процессов. В результате чего концентрации аэрозоля тиомочевинны в воздухе рабочей зоны составляли от 1,2 мг/м<sup>3</sup> до 12 мг/м<sup>3</sup>, а роданистого аммония – до 15 мг/м<sup>3</sup>. Полученные значения превышают установленные для этих веществ предельно-допустимые концентрации в 3 и более раз.

Проведены углубленные медицинские осмотры рабочих в этих цехах с лабораторными и клиническими исследованиями. В ходе исследования было установлено, что 37% рабочих в обследуемых цехах, имеющих стаж работы в данных условиях более 3-х лет, не предъявляли никаких жалоб. А при углубленном клинко-лабораторном обследовании, была выявлена гиперплазия щитовидной железы. Других изменений в организме обследуемых не наблюдалось. Артериальное давление и частота сердечных сокращений, были такими, как и в контрольной группе (работники заводоуправления, которые

не контактировали с вредными химическими веществами).

При обследовании рабочих со стажем работы в данных условиях более 10-х лет был выявлен диффузный зоб II степени с явлениями гипотиреоза у 57%. Эти лица предъявляли жалобы на слабость, сонливость, снижение памяти, выпадение и ломкость волос, сухость кожи. Радиоиммунологические исследования крови этих рабочих показали существенное изменение гормонов щитовидной железы. Наиболее выраженное было снижение трийодтиронина, при незначительном снижении содержания тироксина.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о скрытой, временно компенсируемой патологии щитовидной железы, что является проявлением хронической интоксикации работников обследуемых цехов на предприятиях коксохимической промышленности.

Концентрации изомеров тиомочевинны и роданистого аммония в воздухе рабочей зоны можно рассматривать как токсические.

В связи с вышеизложенным, в цехах данного производства рекомендуется внедрить комплекс профилактических мероприятий, обеспечивающих соблюдение санитарно-гигиенических нормативов показателей микроклимата, освещенности, концентраций указанных химических веществ в воздухе рабочей зоны.

**Садеков И.А., Поляков А.В., Садеков И.В., Тупикина Е.А.**

*Детский клинический центр г. Макеевка*

## **НЕВРОТИЧЕСКИЕ МАСКИ СИНДРОМА МОЗАИЧНОГО СНИЖЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Невротические расстройства представляют собой актуальную и трудно разрешимую проблему в детском возрасте для интерниста. С целью разработки новой терапевтической стратегии комплексно обследована группа 30 больных (17 девочек и 13 мальчиков в возрасте от 7 до 14 лет) с невротическими расстройствами (транзиторные и хронические тикозные расстройства, соматоформная вегетативная дисфункция, тревожное и фобическое расстройство, хроническая и эпизодическая головная боль напряжения, эмоциональное расстройство детского возраста) с торпидным к традиционной терапии течением. Всем больным проведено клиническое обследование с изучением неврологического и психического статусов. Особо внимание было уделено нейропсихологическому и нейрофизиологическому исследованиям. Нейропсихологи-

ческое исследование включало диагностику интеллекта по методике Векслера (WAIS, WISC), таблицы Шульте, методика заучивания по Лурия, методика простых аналогий, метод пиктограммы, ассоциативный эксперимент, шкала самооценки Спилбергера-Ханина, госпитальная тревоги и деперсии (HADS) методика измерения уровня тревожности Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова), методика диагностики школьной тревожности Филипса, шкала тревожности для детей (CMAS), шкала депрессии Бека.

Нейрофизиологическое обследование включало ЭЭГ мониторинг в течение суток с использованием электроэнцефалографа-регистратора «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» производства ООО НПКФ «Медиком МТД» (Таганрог, Россия).

В ходе исследования выявлено мозаичное снижение когнитивных функций в группе боль-

ных у 13 больных, которое ассоциировалось с высоким (более 50%) индексом представленности доброкачественных эпилептиформных паттернов детства (ДЭПД) на электроэнцефалограмме. Длительная, персистирующая эпилептическая активность приводила к дезинтеграции формирования когнитивных функций, что явилось основой для невротических расстройств у этих больных при возрастающей психологической и умственной нагрузке.

Выявленные изменения позволили модернизировать тактику лечения невротических расстройств, а именно в этой группе больных назначались антиэпилептические средства (осполот, 10 мг на кг в сутки, этосукцимид 20-25 мг на

кг в сутки, препараты вальпроевой кислоты до 20 мг на кг в сутки.) с целью снижения индекса представленности и купирования ДЭПД. Катamnестическое наблюдение в течение 3-6 месяцев показало клиническое улучшение, особенно тревожной и депрессивной симптоматики, улучшение когнитивных функций на фоне снижения индекса ДЭПД.

Таким образом, синдром мозаичного снижения когнитивных функций обусловленный дезинтегрирующей ролью персистенции ДЭПД формирует в клинике невротические маски у детей. Эффективная его коррекция позволяет купировать невротическую симптоматику.

Саламех К.А., Соцкая Я.А.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»

## КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА

По данным современной медицинской статистики в настоящее время существенно возросла заболеваемость хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) которая довольно часто возникает на фоне острого тонзиллита (ОТ). По данным современной литературы, наиболее восприимчивы к ОТ люди молодого, наиболее трудоспособного возраста (на лиц в возрасте 17-30 лет приходится до 70-100% заболевших).

Целью работы было изучение влияния общепринятой терапии на показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных ХОБЛ на фоне ОТ.

Под наблюдением находилось 42 больных с ХОБЛ на фоне ОТ, которым проводилось лечение в боксированном отделении Луганской городской многопрофильной больницы № 4. Все обследованные пациенты проживали в условиях крупного промышленного региона с высоким уровнем загрязнения окружающей среды. Среди обследованных больных было 24 мужчины и 18 женщин в возрасте от 18 до 36 лет.

Кроме общепринятых клинико-лабораторных исследований, у всех больных, находившихся под наблюдением, определяли содержание продуктов ПОЛ: промежуточных – диеновый конъюгат (ДК) и конечного – малонового диальдегида (МДА). Изучали также интегральный показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ).

При проведении специального биохимиче-

ского исследования до начала лечения у обследованных больных ХОБЛ на фоне ОТ, было установлено четко выраженное повышение активности процессов липопероксидации. Действительно, концентрация конечного продукта ПОЛ – МДА в этот период обследования составляла в среднем  $(7,6 \pm 0,18)$  мкмоль/л, то есть превышала нормальные значения  $(3,2 \pm 0,2)$  мкмоль/л в 2,4 раза ( $P < 0,001$ ). Концентрация промежуточных метаболитов липопероксидации – ДК была также достоверно повышена у подавляющего большинства обследованных больных и составляла в среднем  $(16,6 \pm 0,22)$  мкмоль/л, то есть была выше нормы  $(6,2 \pm 0,15)$  мкмоль/л в 2,7 раза ( $P < 0,001$ ). Интегральный показатель ПГЭ до начала проведения лечения составлял  $(9,2 \pm 0,35)$ , что превышало нормальные значения  $(3,5 \pm 0,15)$  в среднем в 2,6 раза ( $P < 0,001$ ).

После завершения общепринятого лечения у пациентов с ХОБЛ на фоне ОТ отмечено некоторое снижение концентрации метаболитов ПОЛ, но при этом содержание как МДА, так и ДК в крови оставались достоверно выше нормы. Так, уровень МДА снизился в среднем в 1,6 раза в сравнении с исходным, но оставался при этом в 1,5 раза выше показателя нормы и составил  $(4,7 \pm 0,08)$  мкмоль/л ( $P < 0,05$ ).

Концентрация ДК снизилась в ходе лечения в среднем в 1,3 раза, составляя при этом  $(12,8 \pm 0,3)$  мкмоль/л, что, однако, было выше нормы в 2,1 раза ( $P < 0,001$ ). Интегральный показатель ПГЭ



на момент завершения общепринятого лечения составлял  $(7,4 \pm 0,24)\%$ , что было ниже исходного значения в 1,24 раза, но превышало норму в 2,1 раза ( $P < 0,001$ ).

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего проведения медицинской реабилитации больных. Поэтому мож-

но считать перспективным изучение эффективности применения в комплексе терапевтических мероприятий у больных ХОБЛ на фоне ОТ дополнительно лекарственных средств, которые будут способствовать восстановлению метаболического гомеостаза, и прежде всего, концентрации продуктов ПОЛ.

**Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Джоджуа А.Г.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **РОЛЬ ГОМОЦИСТЕИНА В РАЗВИТИИ СОСУДИСТЫХ МОЗГОВЫХ КАТАСТРОФ**

Среди известных причин инсульта у молодых пациентов особое внимание в последние годы привлекают разнообразные генетические факторы, связанные с мутациями в генах системы гемостаза, которые формируют наследственную предрасположенность к ишемическому инсульту. Изученные проблемы гемостаза цереброваскулярной патологии, доказали, что принципиально новым в вопросах изучения системы гемостаза являются: изучение рецепторного аппарата тромбоцитов; особенности строения и функциональные возможности эндотелия; уточнение маркеров активации гемостаза. Однако даже в условиях современного высокоспециализированного неврологического стационара при комплексном клинико-инструментальном и лабораторном обследовании в 8–15% случаев не удается раскрыть основную причину возникновения инсульта; причем в некоторых клиниках эта цифра достигает 20–40%.

Тромбофилии – нарушения гемостаза и гемореологии, характеризующиеся повышенной склонностью к развитию тромбозов или внутрисосудистого свёртывания, в основе которых лежат приобретенные или генетически обусловленные нарушения. Выделяют три типа тромбофилий: врождённая, приобретённая, комбинированная. Частота и причины основных наследственных вариантов тромбофилий различны. Согласно последним работам, основными причинами являются: повышение уровня фактора VIII – 25%; мутация G20210A в гене протромбина – 5-10%, фактора V Лейдена – 4-5%; дефицит кофактора гепарина II, протеинов С – 10% и S – 10%; вторичные нарушения функционирования системы гемостаза вследствие иных генетических поломок (гипергомоцистенемия) – 10%; повышение уровня ингибитора активатора плазминогена [РАI - 1] – 1-3%.

Рядом авторов было доказано влияние высо-

ких уровней гомоцистеина на развитие эндотелиальной дисфункции и супрессию антикоагулянтной системы, что имеет важное значение в развитии ишемического инсульта. Согласно современным представлениям, кроме физиологической функции, гомоцистеин обладает многокомпонентным патогенетическим действием. Он повреждает тканевые структуры артерий, инициируя высвобождение цитокинов, циклинов и других медиаторов воспаления.

При изучении нейротоксичности гомоцистеина определена тропность гомоцистеина к нейронам зубчатой извилины гиппокампа, кратковременная активация им микроглии и индукция экспрессии факторов воспаления, таких как ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6. Гомоцистеин является потенциальным прокоагулянтом благодаря способности ингибировать антитромбин III, протеин С и активировать V и XII факторы, что имеет особую важность в развитии атеротромботических и кардиогенных ишемических инсультов. Доказано, что гомоцистеин является независимым высокоинформативным предиктором цереброваскулярных заболеваний. При наблюдении 46 пациентов с ИИ и 46 практически здоровых лиц исследовали уровень гомоцистеина в плазме крови натощак ( $21.89 \pm 9.38$  мкмоль / л – у пациентов с ИИ;  $12.31 \pm 3.27$  мкмоль / л – у практически здоровых лиц,  $p = 0,001$ ). Повышение уровня гомоцистеина натощак было найдено у 75% пациентов с ИИ и у 16,67 % практически здоровых лиц ( $p = 0,001$ ). Была обнаружена корреляционная зависимость между концентрацией гомоцистеина и ИИ.

Учитывая данные современных исследований, можно считать гомоцистеин независимым фактором риска в развития ишемического инсульта, что представляет новые возможности в раскрытии генетических детерминант мозговых катастроф.

Симрок В.В., Желтоножская Ю.Б., Цымлов Е.И., Котов В.П., Симрок-Старчева Д.В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ (СО) В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА

Первое упоминание о симультанной операции относят к 1735 году, когда Claudius выполнил аппендэктомия и герниопластику одиннадцатилетнему пациенту. Однако, споры о целесообразности симультанных операций продолжаются.

Целью нашего исследования было патогенетическое обоснование симультанного вмешательства у женщин с наличием лейомиомы матки и хронического холецистита.

Материал и методы. Нами были отобраны пациентки в возрасте от 42 до 50 лет, показанием для хирургического вмешательства был хронический калькулезный холецистит (ХКХ) с типичным неосложненным течением, показанием для гинекологической операции была симптомная узловатая лейомиома матки (ЛМ) размером от 10 до 14 недель беременности. Всего для исследования было отобрано 77 женщин (группа ХКХ+ЛМ). Всем женщинам выполнено лапароскопическую холецистэктомию и лапаротомную гистерэктомию с трубами. Результаты симультанных операций сравнивали с оперативным одноэтапным вмешательством при ЛМ у 48 пациенток (группа ЛМ) и 37 пациенток с хроническим калькулезным холециститом (группа ХКХ). Оценивали предоперационную подготовку, течение операции и послеоперационного периода, а также состояние системы эндогенных иммуномодуляторов и маркеров дегенерации тканей.

Результаты. Всем женщинам, готовящимся к оперативному симультанному вмешательству за 7 дней до операции проведена субъективная оценка ситуационной и личностной тревожности по методике Спилбергера –Ханина. Проведенные исследования показали, что из 162 пациенток, готовящихся к операции, только 9 имели низкую тревожность, 46 имели среднюю тревожность и 107 имели высокий уровень тревожности. При этом, с одинаковой частотой, в состоянии психоэмоционального напряжения с различной степенью тревожности находились па-

циентки всех групп. Нами установлены высокие концентрации цитокинов при симультанном и монооперативном вмешательстве, что позволяет утверждать о состоянии «иммунного стресса» у женщин при оперативном и особенно симультанном вмешательстве. Мы также выявили высокую деградацию адгезированных на эндотелиальных клетках лейкоцитов при СО. Учитывая вышеизложенное, нами был предложен комплекс лечебных мероприятий, направленный на все звенья патогенетического порочного круга при СО, что позволило получить позитивные результаты СО.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства в группе ЛМ составила  $45 \pm 12$  мин, в группе ХКХ  $27 \pm 11$  мин, и в группе ЛМ+ХКХ -  $55 \pm 17$  мин. При оценке медикаментозного обеспечения оперативного вмешательства было установлено, что предоперационная премедикация совершенно не отличалась в группах, и не зависела от объема оперативного вмешательства. Также касается и медикаментозного обеспечения самого оперативного вмешательства, которое различалось лишь по количеству используемых релаксантов. Учитывая, что карбоксиперитонеум во всех группах был не длительным, он не влиял на показатели гемодинамики, как в течении операции, так и в послеоперационном периоде. Показатели кровопотери в группах не различались. В послеоперационном периоде не отличалась и длительность койко-дней. Необходимо отметить, что у 7 пациенток в группе (ЛМ) в послеоперационном периоде отмечалось обострение хронического холецистита, что потребовало оперативного вмешательства.

Таким образом, симультанные операции при правильной предоперационной подготовке и четко определенными показаниями к операции являются патогенетически обоснованными не только с медицинской точки зрения, но и с экономической, как для пациентки, так и государства.

**Скиба Т.А.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

## **МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ**

Цель: определить содержание метаболитов оксида азота (NOx) у пациентов с сочетанием хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и остеоартроза (ОА) в сыворотке крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ).

Методы исследования: Обследованы 54 больных с обострением ХОБЛ, клиническая группа В (GOLD II), в т.ч. с обострением ХОБЛ, коморбидной с ОА в фазе нестойкой ремиссии, – 33 пациента (основная группа), с ХОБЛ без ОА – 21 (группа сравнения). В контрольную группу вошли 25 практически здоровых лица того же пола и возраста.

У всех обследованных определяли уровни NOx в сыворотке крови и КВВВ.

Результаты: У больных основной группы концентрация NOx в сыворотке крови была достоверно выше контрольной на 12 %, а в группе сравнения – на 28,2 % ( $p < 0,01$ ).

Уровень NOx в КВВВ пациентов основной группы был самым высоким среди всех исследованных больных и превышал норму в 2,8 раза ( $p < 0,01$ ), аналогичный в группе сравнения, в 1,3

раза ( $p < 0,05$ ).

У пациентов основной группы с легочной недостаточностью (ЛН) I степени содержание NOx в крови в 1,5 раза и в КВВВ – в 3,3 раза достоверно превышало контрольные значения ( $p < 0,01$ ). У больных этой группы с ЛН II степени концентрация NOx в сыворотке крови была ниже контрольной в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ) а в КВВВ – выше в 2,3 раза ( $p < 0,01$ )

Между уровнями NOx в крови и КВВВ лиц группы сравнения выявлена позитивная корреляция ( $r=+ 0,396$ ,  $p < 0,05$ ), а между аналогичными значениями у пациентов основной группы корреляционных связей не было.

Заключение: Значительное повышение уровня NOx в КВВВ пациентов с ассоциацией ХОБЛ и ОА является проявлением высокой активности местного нитрозивного стресса при указанной коморбидности, а наряду с низким уровнем NOx в крови больных с ЛН II степени – есть проявлением дисфункции эндотелия у них.

**Склянная Е.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИЧЕСКИЙ ТИП ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ**

Целью данного исследования стала оценка роли ортостатической пробы в оценке риска развития артериальной гипертензии (АГ) у молодых лиц с нормальным исходным уровнем артериального давления (АД).

Материалы и методы. Объектом проспективного обсервационного исследования послужили 840 молодых лиц в возрасте от 20 до 29 лет с нормальным уровнем АД. Всем обследуемым выполнялась активная 10-минутная ОП. В последующем обследуемые наблюдались в течение 5 лет. По уровню АД были выделены 2 группы: 1 группу составили пациенты с АГ (АД 140/90 мм рт. ст. и выше), 2 группу - обследованные, у которых уровень АД был в пределах нормы (ниже 140/90 мм рт.ст).

Результаты. При проведении ортостатической пробы физиологический тип реакции на

ортостаз был выявлен у 493 обследованных, что составило 58,7%, первичный гиперсимпатикотонический – у 96 (11,4%), вторичный гиперсимпатикотонический – 123 (14,6%), гипосимпатикотонический – 94 (11,2%), симпатостенический – 34 (4,1%). За период наблюдения из исследования по различным причинам выбыли 76 человек. АГ была выявлена у 144 обследованных (18,8%, 95% ДИ 16,2-21,7%) – 1 группа, у остальных 620 человек (81,2%, 95% ДИ 78,3-83,8%) наблюдался нормальный уровень АД – 2 группа. При ретроспективном анализе гиперсимпатикотонический тип ортостатической реакции имел место у 102 обследованных 1 группы (70,83%) и 47 (7,58%) человек 2 группы ( $p < 0,001$ ). По результатам однофакторного логистического регрессионного анализа гиперсимпатикотонический тип ортостатической реакции являет-

ся значимым фактором риска развития АГ (ОШ 13,64, 95% ДИ 9,96-18,67) ( $p < 0,05$ ).

Заключение. Гиперсимпатикотонический тип ортостатической реакции является незави-

симым фактором риска развития АГ в течение 5 лет у лиц молодого возраста с исходно нормальным уровнем АД.

**Соловьева М.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С МАНИФЕСТНЫМИ ФОРМАМИ ШИЗОФРЕНИИ**

В настоящее время актуальным вопросом является комплексность оказания психофармакологической и психотерапевтической помощи пациентам с манифестными формами шизофрении. Данный подход позволяет обеспечить воздействие не только на патологические симптомы, но и мобилизовать личность больного, активизировать его участие в борьбе с болезнью, сократить сроки лечения, обеспечить compliance, замедлить нарастание дефицитарной симптоматики. Для его реализации важно иметь представление о субъективном видении пациентом своих сильных и слабых сторон и возможностей.

С целью выбора мишеней для проведения психотерапевтической помощи нами было проведено изучение самооффективности как одной из фундаментальных характеристик личности, определяющей уверенность индивида в его способности справиться с поставленными задачами.

В исследовании принимали участие 77 пациентов Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка. У всех обследуемых была диагностирована параноидная форма шизофрении. Из них пациентов с длительностью заболевания до 5 лет было 33 человека (42,9±5,6%).

При проведении исследования использовался тест определения уровня самооффективности (Дж. Маддукс, и М. Шеер, модификация Л. Бояринцевой под руководством Р. Кричевского), позволяющий исследовать уровень оценки паци-

ентом своего потенциала в сфере предметной деятельности и в сфере общения, которым он реально может воспользоваться.

Распределение значений показателя среди респондентов выглядело следующим образом: низкие показатели в сфере предметной деятельности отмечались у 3 человек (9,1±5%), в сфере межличностного общения – у 24 (72,7±7,8%). Высокая оценка предметной деятельности наблюдалась лишь у одного пациента (3±3%), эффективности межличностного общения – у 2 (6,1±4,2%). Все остальные показатели находились в границах средних значений.

Таким образом, у данного контингента больных не определялось снижения среднего значения показателя предметной деятельности, что позволяет использовать различные формы трудовой деятельности для активизации волевого компонента личности, уменьшения стигматизации, поддержания уверенности в своих способностях противостоять болезни.

Средний показатель самооффективности в сфере межличностного общения ниже, чем в норме, что свидетельствует о приоритетном снижении у больных субъективной оценки успешности функционирования в социуме, уверенности в себе. С целью их восстановления целесообразно применять, прежде всего, поддерживающую психотерапию на начальных этапах лечения, когнитивную, поведенческую, личностно ориентированную в групповом и индивидуальном формате – при переходе основного заболевания в ремиссию.

**Сорокин Ю.Н., Сорокина Е.Ю.**

*Ростовский государственный медицинский университет*

## **ВАСКУЛИТЫ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Поражение центральной нервной системы (ЦНС) при васкулитах может быть обусловлено развитием первичного или вторичного изолированного васкулита ЦНС, а также может яв-

ляться облигатным или эпизодическим проявлением системного васкулита. При этом в зависимости от калибра вовлеченных сосудов выделяют васкулиты крупных артерий, васкулиты



артерий среднего размера и васкулиты мелких сосудов (Hajj-Ali R.A., Calabrese L.H., 2014).

Вторичный изолированный васкулит ЦНС может быть инфекционным с системными или органоспецифическими проявлениями соответствующей инфекции (причиной чаще всего являются туберкулез, сифилис, боррелиоз, токсоплазмоз, ВИЧ и грибковая инфекция), вирус-индуцированным без системных клинических проявлений соответствующей инфекции (чаще всего – герпетическая группа, гепатиты В и С), паранеопластическим (чаще всего – лимфома и гематологические злокачественные опухоли), лекарственно-токсическим (чаще всего – антибиотики, противотуберкулезные средства, цитостатики, эфедрин, кокаин, героин, амфетамин) или радиационно-индуцированным.

Диагностические критерии первичного васкулита с поражением ЦНС включают недавно возникшие неврологические расстройства, необъяснимые другой патологией ЦНС или системным процессом, и подтверждающие данные ангиографии и/или биопсии.

Неврологическая симптоматика связана с развитием инфарктов в коре полушарий головного мозга, в глубоком или подкорковом белом и сером веществе за счет вовлечения небольших перфорирующих артерий или при окклюзии более крупных сосудов, а также – с развитием микрокровоизлияний, паренхиматозных или субарахноидальных кровоизлияний. При этом типичным является подострое развитие прогрессирующих головной боли когнитивных расстройств с более поздним появлением очаговых симптомов.

Золотым стандартом диагностики является биопсия вещества головного мозга и твердой мозговой оболочки, при которой обнаруживается трансмуральное сосудистое воспаление влестоменингеальных и/или паренхиматозных сосудах.

Дополняют диагностический поиск цифровая субтракционная ангиография и МРТ/МРА высокого разрешения с контрастированием. При этом при проведении ангиографического исследования выявляется поражение крупных сосудов (ангиографически позитивный васкулит), поражение же мелких сосудов не обнаруживается (ангиографически негативный васкулит) и подтверждается только гистологическим исследованием.

При исследовании ликвора наиболее информативным является определение следующей триады изменений: лимфоцитарный плеоцитоз, повышенный уровень белка, эритроциты (Salvarani, 2007).

Для лечения первичного васкулита ЦНС используют кортикостероиды и цитостатики. Перспективными являются средства из группы моноклональных антител. Для лечения вторичных васкулитов ЦНС, особенно ассоциированных с инфекцией, применяют внутривенный иммуноглобулин. Лечение продолжают в течение 6-12 месяцев после достижения ремиссии. С целью мониторинга активности болезни периодически выполняют МРТ головного мозга.

Таким образом, улучшение представлений о васкулитах с вовлечением ЦНС позволит повысить качество диагностики этой патологии.

Стагинова Е.А., Джоджуа А.Г., Никитенко Д.В., Никитенко С.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «КАТАДОЛОН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ РЕФЛЕКТОРНЫМИ СИНДРОМАМИ

Среди хронической вертеброгенной патологии люмбагия (ЛА) и люмбоишиалгия (ЛИ), сопровождающиеся рефлекторным мышечнотоническим синдромом занимает одно из ведущих мест. Хронический болевой синдром не только ограничивает статико-динамические функции пациентов, но и существенно снижает «качество жизни» больных.

Целью данной работы является оценка эффективности препарата «катадолон» в комплексном лечении больных вертеброгенными рефлекторными синдромами.

Материалы и методы. Основную группу составили 43 (25 мужчин и 18 женщин) пациента с вертеброгенными рефлекторными синдромами. Из них - с хронической вертеброгенной люмбагией было 12 пациентов, с хронической вертеброгенной люмбоишиалгией - 31 пациент, которые находились на стационарном лечении в клинике нервных болезней ДОКТМО в период с 2013г по 2017г. У всех больных имелось обострение заболевания, доминировал рефлекторный мышечнотонический синдром различной степени выраженности. В комплексной тера-

пии назначался «катадолон» в стандартных дозировках (300мг в сутки или ретардная форма 400мг, длительность курса терапии от 3 недель, до 1,5 месяцев). Средний возраст составил  $44 \pm 2,3$  года. Все больные были разделены на группы в зависимости от выраженности болевого синдрома (по шкале ВАШ) и выраженности рефлекторного мышечнотонического синдрома. 1-ая группа – с выраженными нарушениями, состояла из 10 пациентов; 2-ая группа – с умеренными нарушениями, состояла из 25; 3-я группа – с легкими нарушениями состояла из 8 пациентов. Необходимо отметить, что вертеброгенный характер ЛА и ЛИ подтверждался клиническими данными, и данными дополнительных методов обследования: функциональной спондилографией пояснично-крестцового отдела позвоночника, магнитно-резонансной томографией межпозвоночных дисков пояснично-крестцового отдела, компьютерной томографией межпозвоночных дисков пояснично-крестцового отдела. Контрольная группа состояла из пациентов с хронической вертеброгенной ЛА и ЛИ, которые в комплексной терапии не получали «ката-

долон». По остальным показателям контрольная группа была сопоставима с основной.

Оценка результатов выявила уменьшение выраженности болевого синдрома (ЛА и ЛИ) и выраженности рефлекторного мышечнотонического синдрома. У пациентов основной группы снизилась выраженность болевого синдрома на 7,7% по шкале ВАШ, а также уменьшилась выраженность мышечнотонического синдрома. Показатели по шкале ВАШ и степени выраженности рефлекторного мышечнотонического синдрома в основной группе были выше показателей контрольной группы на 7,7%. Следует отметить, что в первой группе этот показатель составил 10%, во 2-й группе -7 %, в 3-й группе – 5,6%. Было отмечено увеличение длительности ремиссии на 2 месяца в первой группе, на 1 месяц во второй группе и на 2-2,5 недели в третьей группе.

Полученные данные позволяют рекомендовать применение препарата «катадолон» в комплексном лечении больных хроническими вертеброгенными рефлекторными синдромами, так как данный препарат повышает эффективность терапии и длительность ремиссии.

**Статинова Е.А., Сайко Д.Ю., Андропова М.А.**

*Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРКИНСОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА II СТАДИИ**

Диагностика хронической ишемии мозга (ХИМ) на стадии когнитивного дефицита, не достигающего степени деменции, очень важна с практической точки зрения, поскольку именно при ранней постановке диагноза терапевтические мероприятия будут наиболее эффективными.

Целью исследования было усовершенствовать диагностику паркинсонического синдрома (ПС) у больных ХИМ II стадии на основе комплексного клиничко-неврологического, нейропсихологического и нейрофизиологического исследования.

Материалы и методы. Представлены результаты обследования 45 человек, в возрасте от 24 до 78 лет, которые были разделены на 2 группы. В 1 группу (исследования) вошли 26 пациентов с клинически установленным диагнозом ХИМ с ПС, средний возраст составил  $61 \pm 8,3$  ( $M \pm \delta$ ), среди них было 9 мужчин и 17 женщин. 2

группу (контрольную) составили 19 исследуемых добровольцев, средний возраст составил -  $31 \pm 7,5$  ( $M \pm \delta$ ). Когнитивные функции пациентов оценивались с помощью психоневрологических тестов. Регистрацию ЭЭГ производили на 8 канальном цифровом компьютерном энцефалографе DX3200. Для оценки активности холинергической системы (ХЭ) головного мозга определяли показатели абсолютной мощности (АМ) в диапазоне 6-7,5 Гц, для серотонинергической (СерЭ) диапазоне 5-6 Гц, для дофаминергической (ДофЭ) - 11-12 Гц, адренергической (АдЭ) - 4-5 Гц, нейроглии (НГ) – 0-1 Гц соответственно. Статистический анализ проводили программой MedStat.

Результаты и обсуждение. У 34,6% пациентов 1-й группы были выявлены легкие когнитивные нарушения. По данным шкалы тревожности Спилбергера-Ханина у всех пациентов 1-й группы отмечался умеренный либо высо-

кий уровень реактивной тревожности, высокий уровень личностной тревожности наблюдался у 80,7% больных. Признаки депрессии (шкала депрессии Бека) различной степени выраженности отмечались у 88,5% и отсутствовали у 11,5% пациентов. При выполнении корректурной пробы у 73,2% пациентов были отмечены хорошие результаты в виде «безошибочности» выполнения, у 53,8% пациентов работоспособность оценивалась уровнем «неудовлетворительно». При первичном обследовании были зафиксированы изменения интегральных ЭЭГ коэффициентов  $kfc\ 1 = (\delta + \theta + \beta 1) / (\alpha + \beta 2)$ ,  $kfc\ 2 = (\delta + \theta) / (\alpha + \beta 2 + \beta 1)$ , что свидетельствовало о выраженном нарушении взаимодействия между среднечастотными, дельта-волнами, стволочными структурами, базальными отделами фронтальной коры, о поражении на таламогипоталамическом уровне неспецифической регуляции.

Для показателей ЭЭГ у пациентов 1-й группы были выявлены высокие прямые корреляцион-

ные связи (ВПКС) ( $r > 0,75$ ) между показателями АМ в диапазоне 4-5 Гц (АдЭ) и в диапазоне 6-7,5 Гц (ХЭ), АМ в диапазоне 11-12 Гц (ДофЭ) и АМ в диапазоне 5-6 Гц (СерЭ), АМ в диапазоне 11-12 Гц (ДофЭ) и АМ в диапазоне 6-7,5 Гц (ХЭ), что характеризовало уровень взаимодействия данных нейромедиаторных систем ЦНС.

Выводы. Когнитивные нарушения были выявлены у 34,6% больных с ПС при ХИМ II, психоэмоциональные нарушения наблюдались - у 88,5%. Уровни ЭЭГ-маркеров – интегральных коэффициентов – отражали выраженные нарушения взаимодействий между основными уровнями неспецифической регуляции ЦНС: среднечастотными, дельта-волнами, стволочными, таламогипоталамическими структурами, базальными отделами фронтальной коры. Изучение АМ «узких» диапазонов ЭЭГ показало значимые нарушения типичных для «нормальной» ЭЭГ синергических или реципрокных взаимодействий АдЭ, ХЭ, ДофЭ и СерЭ нейромедиаторных систем ЦНС.

**Стагинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Ткачёва Е.Л., Сигитова Е.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АССОЦИАЦИЙ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Цереброваскулярная патология является одной из основных причин смертности и инвалидизации населения в мире. Мозговой инсульт (МИ) традиционно считается заболеванием пациентов, относящихся к старшей возрастной группе. Основные факторы риска развития МИ (атеросклероз, артериальная гипертензия, нарушение сердечного ритма, метаболические нарушения) присущи группе пациентов старше 45-50 лет. Однако в последние годы отмечается рост числа инфарктов мозга у лиц молодого возраста, частота которых составляет 6.7-17.1 случая на 100 тыс. населения в год.

Церебральный ишемический инсульт – полигенное мультифакториальное заболевание, предрасположенность к которому определяется аллельными вариантами генов, детерминирующими риск развития болезни при взаимодействии с определенными внешними факторами. Исследован ряд генетических локусов, ассоциированных как с развитием фибрилляции предсердий (PITX2 и ZFHX3), болезнью коронарной артерии (ABO, chr9p21, HDAC9 и ALDH2), артериальной гипертензией (ALDH2 и HDAC9) и нейровоспалением (TSPAN2), так и с развитием ишемического инсульта

Мета-анализ когортных исследований

Flossmann E et al., 2004 г., показал, что отягощенный семейный анамнез увеличивает риск развития инсульта на 30% (OR, 1.3; 95% CI, 1.2–1.5;  $P < 0.00001$ ). Исследование Фрамингема в 2010 г. указало на наличие прямой связи между документально подтвержденным инсультом в анамнезе у родителей до 65-летнего возраста и 3-кратным увеличением риска развития инсульта у потомков. Риск развития инсульта у монозиготных близнецов в данном случае в 1.65 раза выше, чем для дизиготных близнецов. Оценки наследственности инсульта варьируются в зависимости от возраста, пола и подтипа инсульта. Наиболее часто изучаемым типом генетической вариации, лежащей в основе риска сложных заболеваний, таких как инсульт, являются одиночные нуклеотидные полиморфизмы (SNP), из которых несколько миллионов были выявлены по всему геному. Используя данный подход, выявили однонуклеотидные полиморфизмы, ассоциированные с риском развития инсульта, в генах белков липидного обмена, системы гемостаза, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, метаболизма гомоцистеина, медиаторов воспаления, межклеточных взаимодействий, системы регуляции сосудистого тонуса и пролиферации клеток гладкомышечной мускулатуры.

С помощью метода SNP удалось определить похожие значимые признаки для кардиоэмболического инсульта (32.6%), болезней крупных сосудов (40.3%) и для микроангиопатий (16.1%), однако эти оценки не учитывают потенциальный вклад редких вариантов. Также метод позволяет определять общие варианты генетических детерминант в развитии мозговых сосудистых катастроф. Так в мета-анализе Rannikmäe K et al., 2017 г., у индивидуумов европейской по-

пуляции, определена связь локуса в COL4A2 ( $p < 3.5 \times 10^{-4}$ ) между лакунарным ИИ (rs9515201: [OR] 1.17, 95% [CI] 1.11-1.24,  $p = 6.62 \times 10^{-5}$ ) и геморрагическим инсультом (rs4771674: OR 1.28, 95% CI 1.13-1.44,  $p = 5.76 \times 10^{-5}$ ).

Таким образом, на сегодняшний день выявление генетических ассоциаций, способствующих развитию МИ, является одним из приоритетных направлений современной неврологии.

**М.В. Столбова, А.Н. Боркина, О.В. Рьжкова, Р.Р. Тавилова, Э.Ф. Нигматулина**

*ГБУЗ ГКБ №1 г.Оренбурга*

### **СРАВНЕНИЕ КЛИНИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ПАТОМОРФОЛОГИИ ГРИППА АН1N1 И АН3N2**

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), включая грипп, наносят вред здоровью людей. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно во время эпидемий гриппа и острых респираторных заболеваний в мире заболевают до 5 миллионов, а умирают до 500 тысяч человек.

Целью исследования явилось проведение сравнительной характеристики гриппа А Н1N1 и АН3N2.

Материалы и методы: На базе ГБУЗ «ГКБ №1» г. Оренбурга было проанализировано 10 историй болезни пациентов с внебольничной пневмонией, развившейся на фоне гриппа А Н1N1 и 7 историй болезни - на фоне гриппа А типа Н3N2. Тип гриппа подтвержден методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты: Большинство больных обратились в больницу в первые 4 дня от начала заболевания. При поступлении у пациентов с гриппом Н1N1 наблюдалась фебрильная (50%) и пиретическая (50%) лихорадка, кашель сухой, переходящий во влажный с отделением кровянистой (30%), серо-зеленой (20%) мокроты. Заболевание протекало в форме вирусно-бактериальной пневмонии (100%), которая обусловила развитие дыхательной недостаточности и остро респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). В 100% случаев наблюдалась выраженная одышка, в 70% случаев одышка нарастала, снижалась сатурация крови кислородом ( $\text{SaO}_2$  менее 90%), и требовался перевод пациентов на ИВЛ. У всех пациентов с гриппом типа Н3N2 отмечался подъем температуры тела до фебрильных цифр, наблюдалась одышка в покое, 72% пациентов имели дыхательную недостаточность II степени. При рентгенографии грудной клетки при гриппе Н1N1 выявлены двусторонние сливные инфильтративные затемнения в базальных

отделах легких с присоединением отека легкого (80%); у пациентов с гриппом Н3N2 рентгенологическая картина была менее тяжелая. В общем анализе крови при обоих типах гриппа выявлен рост СОЭ, умеренный лейкоцитоз, у большинства пациентов тромбоцитопения.

При лечении использовались комбинации антибактериальных и противовирусных препаратов. Левофлоксацин+цефтриаксон+ингавирин в легких случаях. Цефтриаксон+левофлоксацин+меропенем+тамифлю+ингавирин при тяжелом течении гриппа. Так же проведена дезинтоксикационная терапия, кислородотерапия.

Исход гриппа Н1N1 в 80% случаев летальный, все умершие больные были моложе 60 лет. Причина смерти у всех – нарастающая сердечно-легочная недостаточность. При патологоанатомическом исследовании выявлялся десквамативный геморрагический трахеобронхит, двусторонняя перибронхиальная серозно-лейкоцитарная пневмония, геморрагический отек легких. Летальных исходов при гриппе Н3N2 не было.

Таким образом, для гриппа АН1N1 характерно: острое начало, лихорадка, слабость, кашель с мокротой, наличие вирусно-бактериальной пневмонии и быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности с развитием ОРДС в виде геморрагического отека легких, приводящей к высокой летальности. Грипп Н3N2 протекает более благоприятно. Для него характерны следующие особенности: высокий подъем температуры до фебрильных цифр в первые дни заболевания, одышка в покое, тяжелое затяжное течение, возникновение вирусно-бактериальной пневмонии, развитие дыхательной недостаточности II типа; при вовремя начатом лечении благоприятный исход в 100% случаев.



Супрун Е.В., Березова Е.В., Супрун В.Е.

*Дорожная клиническая больница ст. Донецк*

## СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Синдром диабетической стопы (СДС) частое позднее осложнение сахарного диабета (СД), вне зависимости от его типа. В настоящее время в понятие СДС включает: инфекцию, язву или деструкцию глубоких тканей, связанных с нарушением нервной системы и/или снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести. Язвенные дефекты являются наиболее частым проявлением СДС и их вероятность возникновения у пациентов с СД в течение жизни достигает 30 %.

Риск ампутации нижней конечности при наличии язвы существует в 25% случаев. В зависимости от преобладания того или иного патогенетического фактора выделяют следующие формы СДС: нейропатическую (около 60-70 % случаев), нейроишемическую (20-30 % пациентов) и ишемическую (в 5-10 % случаев).

Говоря о причинах и механизмах развития язв при СДС, необходимо особо подчеркнуть, что основное значение имеют не заболевания артерий нижних конечностей, а диабетическая нейропатия. Гипергликемия и относительный или абсолютный недостаток инсулина запускают каскад патологических процессов, приводящих к дегенерации периферических нервов. Атеросклероз периферических артерий (макроангиопатия) диагностируется примерно у половины пациентов с СДС. Однако макроангиопатия не является непосредственной причиной образования язв, но достоверно известно, что кожные покровы у пациента с нарушениями кровотока на нижних конечностях более восприимчивы к повышенному биомеханическому стрессу, при этом замедляется заживление, повышается риск инфицирования язвенных дефектов. Утолщение базальной мембраны капилляров (микроангиопатия) не ведет к критическому стенозу этих сосудов, однако любое экстравазальное воздействие (постравматический отек и/или инфекционное поражение в области язвы) может привести к окклюзии пораженных капилляров и гангрене пальцев.

Основа лечения пациентов с СДС - это научно доказанный, многофакторный подход, включающий в себя лечебные меры, направленные на ускорение заживления язвы и сохранение нижней конечности: разгрузка пораженной конечности; правильный регулярный уход за язвой;

профилактика и борьба с инфекцией; нормализация углеводного обмена; при необходимости восстановление кровоснабжения конечности.

Необходимо стремиться к достижению и поддержанию целевых значений: гликемии (гликемии натощак — 5,0-7,2 ммоль/л, после еды — < 10,0 ммоль/л); АД (систолического — 130-140 мм.рт.ст., диастолического — ниже 90 мм.рт.ст.); показателей липидов крови (холестерина — менее 5,2 ммоль/л, триглицеридов — менее 2,1 ммоль/л). При системных признаках раневой инфекции необходимость антибиотикотерапии очевидна. Однако ввиду частой гипореактивности иммунной системы при СД (особенно у пожилых пациентов) эти признаки могут отсутствовать даже в случае тяжелой раневой инфекции. Именно поэтому при назначении антибиотикотерапии нередко приходится ориентироваться на местные проявления. Одним из главных условий заживления язвы, расположенной на стопе, является разгрузка пораженной области. Она позволяет, прежде всего, исключить травматизацию язвы, а также уменьшить вероятность возникновения повторного инфицирования. В настоящее время на смену трудновыполнимому постельному режиму и травмоопасным костылям приходят разные варианты разгрузочных приспособлений, из них наиболее доступны съёмные («полубашмак», CastWalker), индивидуальная разгрузочная повязка (ИРП) Total Contact Cast (ТСС), которая может применяться в съёмной и несъёмной модификациях. Международной рабочей группой ИРП ТСС определена как предпочтительный метод разгрузки конечности у пациентов с СДС нейропатической и нейроишемической форм. Частая хирургическая обработка (ХО) области язвы с помощью скальпеля, гидрохирургической системы или ультразвуковой кавитации считается оптимальной при нейропатической форме СДС и ускоряет заживление, так как с помощью нее быстро удаляется гиперкератоз, некротические ткани и колонии бактерий. Также причиной частого использования ХО является необходимость преобразования хронической язвы в острую рану, у которой вероятность заживления выше. И, несмотря на то, что эффективность ХО в заживлении язв при СДС подтверждена данными небольшого количества исследований, проведенных по другим поводам, биоло-

гические и молекулярные эффекты ХО, установлены достаточно хорошо. Показано, что ХО удаляет с краев хронических ран, кератиноциты и фибробласты с измененным фенотипом, повышает митотическую активность клеток и продукцию факторов роста. Кроме того, ХО способствует удалению биопленки.

**Сычев И.В., Ломакина Е.В., Куприянов Ю.Ю., Гончарова Л.Н.**

*Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск*

## **СОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ И ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ**

Развитие и прогрессирование гипертонической болезни (ГБ) зависит от многих факторов и в частности от поведенческих факторов риска и генетической предрасположенности. Повышенное потребление поваренной соли относится к поведенческим факторам риска. Поэтому целью исследования явилось изучение порога солевой чувствительности у больных ГБ, жителей Республики Мордовия в зависимости от уровня артериального давления (АД), пола, этнической принадлежности, носительства полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы и приверженности к питанию

Материалы и методы исследования: обследовано 246 пациентов с АГ (I-III степени по классификации ВНОК от 1999 г.), мордовской и русской национальности. 104 пациента составляли больные ГБ мордовской национальности, которые используют в пищевом рационе блюда, относящиеся к национальной мордовской кухни. 142 пациента ГБ – это больные русской национальности. Отличительным моментом в рационе обследованных больных ГБ является использование большого количества поваренной соли в блюдах мордовской кухни. Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст больных мордовской национальности - 55,79±0,98 лет, русской национальности 54,32±1,02 года).

Все больные прошли стандартные методы обследования, в том числе - определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) по модифицированной методике R. Henkin и молекулярно-генетические исследования на выявление носительства полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермен-

та (АСЕ). Были получены письменные согласия больных АГ на обследование, протокол обследования прошел через этический комитет медицинского института МГУ им. «Н.П. Огарева».

Нормальным значением ПВЧПС является 0,16%. Повышенный ПВЧПС был выявлен в 99% больных мордовской национальности и у 98% больных русской национальности. Средний ПВЧПС у больных мордовской национальности составил 0,79±0,11%, у больных русской национальности - 0,62±0,09%. (p=0,036). У мужчин ГБ, независимо от национальной принадлежности ПВЧПС был достоверно выше, чем у женщин (0,88±0,09% против 0,64±0,05% p=0,0039), При анализе зависимости ПВЧПС от уровня АД была выявлена слабая корреляция у больных мордовской национальности (r=0,42, p=0,0147) в отличие от больных русской национальности. Анализ распределения носительства полиморфизма гена АСЕ выявил преобладание гетерозиготного генотипа, как у больных мордовской, так и русской национальности, но зависимости ПВЧПС от распределения полиморфизма данного гена не выявлено.

Таким образом, независимо от национальной принадлежности и пола, выявлен высокий ПВЧПС у больных ГБ жителей Республики Мордовия. Достоверно выше средний ПВЧПС наблюдался у лиц мордовской национальности. В то же время, выявлен достоверно более высокий ПВЧПС у мужчин. Не выявлено достоверной зависимости ПВЧПС от носительства полиморфизма гена АСЕ у обследованных больных гипертонической болезнью, жителей Республики Мордовия.

**Тимченко Д.В.**

*Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ДНР*

## **ЛЕГКАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА И ЕЕ СУЖЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ**

Трудно переоценить значение черепно-мозговой травмы в повседневной практике судебно-медицинского эксперта. Львиную долю в данной травматической патологии составляет легкая черепно-мозговая травма, а именно сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени. На данную тему имеется множество различных публикаций, однако, не многие из них могут четко дифференцировать данную патологию с точки зрения судебной медицины. В данном случае мне бы хотелось остановиться именно на судебно-медицинских аспектах легкой черепно-мозговой травмы.

Как сотрясение головного мозга, так и ушиб головного мозга легкой степени в судебно-медицинской практике оцениваются по критерию длительности расстройства здоровья.

Сотрясение головного мозга является наиболее легким видом черепно-мозговой травмы и характеризуется непродолжительными функциональными нарушениями, в связи с чем, данная травматическая патология расценивается как легкое телесное повреждение, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья.

Ушиб головного мозга легкой степени является несколько более тяжелой травматической патологией головного мозга с наличием характерной неврологической симптоматики, нередко, с наличием субарахноидального кровоизлияния. Зачастую, ушиб головного мозга легкой степени правильно относят к телесному повреждению средней степени тяжести, как вызвавшее длительное расстройство здоровья.

Тем не менее, несмотря на легкость на первый взгляд экспертной оценки данной патологии, возникает ряд вопросов к правильности

установления степени тяжести. Во-первых, сотрясение головного мозга характеризуется лишь непродолжительной общемозговой симптоматикой, которая также может иметь место и при ряде не травматических патологических процессах (таких как ВСД, дисциркуляторной энцефалопатии и т.д.). Данное обстоятельство требует тщательного изучения анамнеза, предшествующей медицинской документации и консультаций с врачами нейрохирургом, невропатологом, с целью исключения предшествующей патологии и установления самого наличия сотрясения головного мозга. Во-вторых, ушиб головного мозга легкой степени не всегда сопровождается резко выраженными нарушениями функции центральной нервной системы и, в связи с этим, длительность расстройства здоровья может составлять не более трех недель. Данное обстоятельство также требует тщательного изучения анамнеза, медицинской документации и консультаций специалистов, для установления истинной продолжительности расстройства здоровья.

Не следует забывать и о том, что нередко врачами клиницистами устанавливаются диагнозы в предположительной форме (под знаком вопроса) или анамнестически. Данные случаи также требуют особого внимания и обсуждения коллегиально с привлечением узких специалистов.

Подводя итоги вышеизложенному, можно говорить о том, что при, правильном отношении к данному вопросу и четко выстроенному алгоритму действий, верная трактовка диагноза «Легкая черепно-мозговая травма» не должна вызывать у судебно-медицинского эксперта особых затруднений.

**Ткаченко К.Е.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АЛЛЕРГИИ К АНТИГЕНАМ ЯБЛОКА**

Аллергия к фруктам семейства Розоцветных широко распространена повсеместно в мире. Одним из наиболее типичных представителей данного семейства является яблоко. Яблоко является одним из немногих видов фруктов, ко-

торые культивируются по всему миру. Простота хранения и транспортировки яблок обеспечивает доступность их в любое время года. А благодаря широкому применению, как в сыром, так и обработанном виде, яблоко занимает важное

место в питании человека. Вместе с тем настоящее время установлено, что яблоко относится к фруктам, которые довольно часто вызывают аллергические реакции. Рядом исследователей показано, что аллергия к фруктам регистрируется у 6,6% взрослых и 11,5% детей в возрасте до 6-ти лет, среди которых у 8,5% регистрируется аллергия к яблоку. А при исследованиях пищевых профилей сенсibilизации в Европе, было установлено, что аллергии к яблоку подвержено около 2% европейцев.

Аллергические реакции на яблоко варьируют в разных географических регионах. В северной и центральной Европе, они в основном, связаны с сенсibilизацией к пыльце березы и опосредованной перекрестной реактивностью IgE-антител, продукция которых вызвана аллергенами пыльцы. Клинические симптомы проявляются в основном оральным аллергическим синдромом – это, так называемая, пищевая аллергия 2-го типа. В южных частях Европы и в Средиземноморском регионе, где растительность бедна березами, аллергия на яблоко может быть связана с повышенной чувствительностью к пыльце трав, но может развиваться и без ассоциированных поллинозов. В первом случае, механизмы клинических проявлений аналогичны тем, которые связаны с сенсibilизацией к пыльце березы. В случае аллергии на яблоко без ассоциированного поллиноза, сенсibilизация происходит оральным путем после употребления яблок или других фруктов, обычно персиков. Такие клинические проявления типичны для пищевой ал-

лергии 1-го типа. Клиническая картина обычно проявляется системными реакциями, такими как крапивница, отек Квинке, симптомами со стороны пищеварительной системы, бронхообструкцией и даже анафилактическим шоком.

Наша собственная практика демонстрирует достаточно высокую частоту сенсibilизации к антигенам яблока в нашем регионе. Среди взрослого населения, имеющегоотягощенный аллергический анамнез по пищевой аллергии, повышенные значения специфических IgE-антител к яблоку регистрировались у 3,9-9,4% обследованных в зависимости от исследуемой культуры яблока. Следует отметить, что в большинстве случаев клиническая картина аллергии протекала по типу 'silenceallergy' и имела субклинические проявления. В единичных случаях имел место 100%-й аллергический вызов. Зафиксирован случай сочетанной формы пищевой аллергии первого и второго типа. Пациентка 66-ти лет при употреблении в пищу яблока и ряда других продуктов отмечала у себя развитие симптомов оральной аллергии (зуд и жжение губ, языка, отечность слизистой ротовой полости), а также аллергического энтероколита (тошнота, метеоризм, спастические боли в животе, послабление стула). Диагноз пищевой аллергии был подтвержден выявлением диагностических титров специфических антител классов IgE и IgG.

Таким образом, аллергические реакции на яблоко характеризуются высокой распространенностью и широким спектром возможных клинических проявлений.

**Толченникова Е.Н.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **РОЛЬ ЭБШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

Согласно современным воззрениям в патогенезе, индуцированных вирусом заболеваний почек, участвуют несколько механизмов, в т.ч. тропизм вируса к структурам органа, индукция аномальных иммунных комплексов, прямые цитопатогенные эффекты и мультиорганный недостаток. В этой связи в настоящее время у детей с различными вариантами гломерулонефрита интенсивно изучаются особенности иммунного ответа при герпесвирусных инфекциях.

Цель исследования: повышение эффективности лечения гематурической формы хронического гломерулонефрита (ГФ ХГН) у детей с хронической Эпштейн-Барр вирусной инфек-

цией (ЭБВИ) на основе изучения клинических особенностей, цитокинового статуса, разработки и внедрения комплексной противовирусной и иммуноотропной терапии.

Под наблюдением находилось 110 детей (48 девочек и 62 мальчика) в возрасте от 3 до 17 лет ( $11,8 \pm 0,55$  лет) с ГФ ХГН. Средняя длительность заболевания  $53,4 \pm 5,08$  месяцев. Больным проведено комплексное нефрологическое, вирусологическое обследование (определяли антитела класса IgM VCA, IgG EA, IgG VCA, IgG EBNA и вирусный антиген в крови, слюне, моче), определение уровня интерферонов – ИФН- $\alpha$ , ИФН- $\gamma$ , содержание провоспалительных цитокинов в сыворотке крови – ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6. Контрольную



группу составили 29 условно здоровых детей. На фоне общепринятого лечения ГФ ХГН пациенты получали комбинированную противовирусную и иммуностимулирующую терапию хронической ЭБВИ в виде препарата рекомбинантного  $\alpha$ -2 $\beta$  ИФН (Виферон®) и препарата, содержащего флавоноиды *Deschampsia caespitosa* L. и *Calamagrostis epiquous* L. (Протефлазид®). Больные получили три курса терапии с перерывом в три месяца между ними, при наличии активности – дополнительно ацикловир. Эффективность проведенной терапии оценивали путем проведения нефрологического, вирусологического и иммунологического обследования через 6, 12 и 18 месяцев.

Хроническая ЭБВИ по данным исследования маркеров данной инфекции была выявлена у 54 (49,1%) детей из 110 обследованных с ГФ ХГН. Особенности течения ГФ ХГН у детей с ЭБВИ были следующими: предшествующим фактором в большинстве случаев являлась ОРВИ (59,3±6,7%), дебют заболевания проявился в основном изолированным мочевым синдромом в виде эритроцитурии (59,3±6,7%), зарегистрирована более высокая частота макрогематурии (37,0±6,6%) в дебюте заболевания. Мочевой синдром проявлялся выраженной эритроцитурией (63,0±6,6%), рецидивы макрогематурии

зафиксированы у 77 из 110 обследованных больных, причём у 50 (64,9%) пациентов имела место ЭБВИ. При оценке функционального состояния почек выявлено наличие тубулярных расстройств, что подтвердило повышение уровня  $\beta$ 2-микроглобулина мочи (20,3±5,5%). Показателями иммунологического статуса в зависимости от наличия или отсутствия ЭБВИ. Результаты выполненного исследования выявили изменения со стороны как специфического, так и неспецифического звеньев иммунитета. У детей с ГФ ХГН и хронической ЭБВИ отмечено повышение показателей IgG, IgM в крови (59,3±6,7% и 51,9±6,8%, соответственно), снижение уровня сывороточного ИФН- $\alpha$  (2,0±0,18 пг/мл) и ИФН- $\gamma$  (4,85±2,98 пг/мл), повышение уровня провоспалительных цитокинов ИЛ-1 $\beta$  (72,15±1,85 пг/мл) и ИЛ-6 (28,87±6,67 пг/мл).

Применение комбинированной противовирусной и иммуностимулирующей терапии привело к уменьшению выраженности клинических проявлений ГФ ХГН и хронической ЭБВИ, к нормализации уровней в сыворотке крови ИФН- $\alpha$ , ИФН- $\gamma$ , ИЛ-1 $\beta$  и значительному снижению концентрации ИЛ-6, что свидетельствует об отчетливой положительной динамике противовирусной и иммуностимулирующей терапии.

**Тонких Н.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ВАЗОВАГАЛЬНЫЕ СИНКОПЕ У ДЕТЕЙ. ОТ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ К ПЕРСОНИФИКАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Актуальность синкопальных состояний определяется их значительной распространенностью и высоким риском развития жизнеугрожающих ситуаций. Согласно данным Европейской ассоциации кардиологов, в структуре синкопальных состояний у детей преобладают обмороки вазовагального генеза. В существующих протоколах по диагностике и лечению заболеваний сердечно-сосудистой системы отсутствует протокол по диагностике и реабилитации детей с вазовагальными синкопе (ВВС).

Цель работы: оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с ВВС путем персонализации диагностики и лечения.

Объект и методы исследования. Программа исследования включала 3 этапа. На первом этапе были обследованы 254 ребенка (140 девочек и 114 мальчиков) в возрасте 2-18 лет с обморочными состояниями неясного генеза по протоко-

лу Европейской ассоциации кардиологов (2009) и при его дополнении 24-часовым бифункциональным мониторингом ЭКГ и АД, ортостатическими пробами: тилт-тестом и велоэргометрией с постнагрузочным ортостазом.

На втором этапе с целью анализа клинических проявлений и показателей лабораторных и инструментальных методов проведено комплексное обследование 105 детей (75 девочек и 30 мальчиков) с ВВС (основная группа). Контрольную группу составили 37 здоровых сверстников (19 девочек и 18 мальчиков). У пациентов был изучен психоэмоциональный статус, показатели оксидативного стресса и антиоксидантной системы (по уровню лактата в плазме крови, восстановленного глутатиона, лактатдегидрогеназы в эритроцитах).

Целью третьего этапа было изучение эффективности лечебно-реабилитационных меропри-

ятий у детей с ВВС на основании собственного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Результаты: ВВС были диагностированы у 105 (41,3%) чел.: у 26 (24,8%) чел. – кардиоингибиторный тип, у 40 (38,1%) чел. – вазодепрессорный тип, у 39 (37,1%) чел. – смешанный тип.

У всех пациентов констатированы изменения психоэмоционального статуса, наличие оксидативного стресса и дисбаланса антиоксидантной системы. Важным в ведении ребенка является персонификация лечения, достижение комплаенса между врачом, пациентом и его родителями, для чего в доступной форме объясняли причину синкопе, обучали принципам коррекции поведения с целью устранения факторов, провоцирующих обмороки, методикам самомассажа биологически активных точек, оказанию неотложной само- и взаимопомощи с отработкой практического навыка на манекене-тренажере. Для повышения комплаентности лечения ис-

пользовали слайд- и видеопрезентацию. Медикаментозное лечение по коррекции психоэмоционального, вегетативного и антиоксидантного статуса, повышению сосудистого тонуса назначали в течение 1-3 мес. В дальнейшем немедикаментозные мероприятия продолжали в течение 2 лет, курсы кардио- и нейротрофической терапии 1 раз в 6 мес.

Выводы: дополнение протокола Европейской ассоциации кардиологов (2009) 24-часовым мониторингом ЭКГ и АД, тилт-тестом, велоэргометрической пробой с постнагрузочным ортостазом повысило эффективность диагностики ВВС у детей на  $41,3 \pm 3,1\%$ . При высокой приверженности терапии применение персонифицированной программы доказало ее высокую эффективность (86,8%) по результатам 7-летнего проспективного наблюдения, что позволяет рекомендовать предложенный терапевтический комплекс для широкого внедрения в практическое здравоохранение.

**Торба А.В., Коваленко А.В., Румянцев Г.В., Киндрицкая Р.В.**

*ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер»*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЛНР**

Актуальность темы. У инкурабельных больных раком пищевода, признанным мировым стандартом для восстановления естественного питания, купирования дисфагии и нормализации качества жизни является методика эндоскопического стентирования опухолевой стриктуры саморасправляющимся нитиноловым стентом [Eickhoff A., 2005; Mougey A., 2008].

Целью работы стал анализ применения стентирования пищевода, в работе эндоскопического отделения ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер» ЛНР (ГУ «ЛРКОД»), за 7 месяцев (с октября 2016г. по май 2017г.).

Материалы и методы. В ГУ «ЛРКОД» ЛНР методика эндоскопического стентирования (ЭС) внедрена с 2016 года. За анализируемый период, нами выполнено 8 стентирований пищевода и эзофагоэнтероанастомоза. Из них было 6 мужчин и 2 женщины. Эндоскопическое стентирование проводилось на видеостойке Fujinon EPX-2500 с применением гастроскопа серии EG-250WR5.

Результаты и их обсуждение. Из полученных данных, у 5 больных стентирование производилось по поводу рака средней трети и нижней тре-

ти пищевода, у одного больного с раком левого главного бронха с вовлечением пищевода и формированием пищеводно-бронхиального свища. По одному больному, ЭС проводилось по поводу рецидива рака в область эзофагоэнтероанастомоза, после гастрэктомии и с тотальным раком культи желудка с вовлечением области кардиоэзофагального перехода (КЭП), соответственно в 6 случаях нами было выполнено стентирование полностью покрытыми и частично покрытыми стентами фирмы Boston Scientific (USA) и, в 2 случаях, полностью покрытыми стентами фирмы MicroTech (China). При установке стентов, в 6 случаях применялась методика эндоскопического контроля. При невозможности контроля дистального края стенозирования, стентирование проводилось в условиях рентгенкабинета, под двойным контролем эндоскопический-рентгенологический (2 случая). Диаметр установленных стентов был от 18 до 24 мм. Технических сложностей во время стентирования не возникало, даже когда дистальный конец не визуализировался. Перед стентированием, двоим больным понадобилось бужирование просвета, в виду выраженного стеноза (до 0,1-0,2 см) и невозможности проведения системы доставки

стента, которая имела диаметр до 0,5 см. Во всех 8 случаях достигнут хороший эффект. Осложнений не выявлено. Все больные после стентирования были успешно выписаны. Рестентирования

данной группе больных не проводилось.

Выводы. Эндоскопическое стентирование является оптимальным методом паллиативной помощи больным с опухолевыми СП и КЭП.

**Трушкина О.Г., Лунова Н.Н.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ GESTАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С СИМФИЗИОПАТИЯМИ КАК КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Цель.** Проанализировать частоту развития акушерских осложнений у беременных с симфизиопатией как клиническим проявлением синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани для целесообразности разработки программы профилактики и тактики ведения.

Особенности течения гестационного процесса при симфизиопатии как одно из клинических проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани до конца не изучены, не выделены критерии диспансерного наблюдения беременных с проявлениями данного синдрома, группы риска, угрожаемые по невынашиванию беременности, нет публикаций, которые в достаточной мере могут освещать морфологические характеристики плаценты, а также состоянии лонного сочленения при недифференцированной дисплазии соединительной ткани у рожениц, а также нет четкой схемы профилактики и лечения осложнений беременности.

**Материалы и методы.** Проанализированы 186 историй родов беременных, находящихся на лечении в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства. Для оценки частоты рассчитывали 95% доверительный интервал (95% ДИ) по методу Уилсона. При анализе качественных признаков использовали критерии Х<sup>2</sup>.

**Результаты.** Установили, что чаще осложнения беременности в виде симфизиопатия 2-3 степени возникали у беременных в возрасте 30-41 лет с отягощенным соматическим анамнезом-98 (49,4%) и 21-30 лет-78 (42,6%) симфизиопатия 1 степени без генетических заболеваний, реже до 20 лет-7 (5%) и старше 40 лет-5 (3%) не обследованных беременных с наличием в анамнезе травм костей таза. Хотя по возрастным градациям не выявлено статистически значимых отличий по течению беременности (Х<sup>2</sup> (3)=10,850, Р=0,54), но отмечена тенденция к росту частоты преждевременных и патологических родов

в зависимости от возраста рожениц. Так, преждевременные самостоятельные роды произошли у 4 (1,8 %) женщин до 20 лет, у 11 (12,8%)-21-30 лет, у 7 (17,9%)-31-40 лет, патологические путем операции кесарева сечения по данным консультативных заключений травматологов Республиканского травматологического центра у 14 (36,4%) женщин до 20 лет, у 38 (32,3%)-21-30 лет, у 29 (31,2%-31-40 лет, и у 40 (42,8%)-старше 40 лет. Также было отмечено, что первородящие в возрасте до 20 лет-10 рожениц имели также патологию сердечно-сосудистой системы (90%) и в категории-от 21-30 лет 90 (75%), тогда как повторнородящие имели сопутствующую прогрессирующую патологию зрения и от 31-40 лет-84 (85,9) и старше 40 лет-16 (63,6) пролапс гениталий разной степени выраженности с наличием родов в анамнезе. Установлена взаимосвязь между частотой гестационных осложнений вовремя беременности (преждевременный разрыв плодных оболочек, дистресс плода и нарушение маточно-плацентарного кровообращения), также наличием несостоятельности лонного сочленения и количеством оперативных родоразрешений (Х<sup>2</sup> (3)=9,545, Р=0,029): чем чаще возникает осложнение на более позднем сроке гестации, тем выше показатель частоты оперативных родов у беременных с симфизиопатией 1 степени как клиническими проявлениями недифференцированной дисплазии соединительной ткани при котором возможны роды через естественные родовые пути ( до 20 лет-1 (11,1%) случай, от 21 до 30 лет-28 (39,4%) случаев, 31-40-22 (45,8) и старше 40 лет-7 (100%) случаев соответственно. Наиболее частым показанием к кесареву сечению явились дистресс плода и нарушение маточноплацентарного кровообращения-21 (37,5%) и преждевременная отслойка плаценты-11 (19,6%), в меньшей степени-это преэклампсия-3 (5%) и преждевременный разрыв плодных оболочек-5 (10%)

**Выводы.** Таким образом, наибольшее число

гестационных осложнений с симфизиопатиями зафиксировано в средней возрастной группе (31-40 лет), у которых чаще регистрировались патологические роды при возможном ведении родов консервативно. Установлена тенденция к росту частоты патологических родов, включая операции кесарево сечения как с гестационным возрастом, так и с возрастом родильниц и клиническими проявлениями недифференци-

рованной дисплазии соединительной ткани, что свидетельствует о необходимости разработки комплексных мероприятий по подготовке женщин к беременности и родом с дальнейшей рациональной акушерской тактикой их ведения в зависимости от степени проявления синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

**Фисталь Э.Я., Меркулов Д.С.**

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, Донецк*

## **ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

За последние 10 лет выбор методов реконструкции различных частей тела значительно расширился. Появившиеся новые типы лоскутов имеют осевой тип кровоснабжения, что позволяет удлинять их без угрозы омертвения, а также позволяют за один этап закрывать сложные функциональные зоны. Применения данных методов пластического замещения тканей особенно актуально в промышленных регионах, а также в условиях локальных военных конфликтов.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ пострадавших, находившихся на лечении в нашей клинике с 2013 года. В исследование вошли 153 человека. Больные были разделены на группы по этиологии травмы: механические травмы (47%), электроожоги (12,1%), огнестрельные ранения (41,1%). По локализации: нижние конечности - 45,6%, верхние конечности 15,3%, туловище - 19,1%, голова и шея - 19,8%. Группы были сопоставимы по возрасту и полу, локализации и глубине поражения.

Результаты. Средний срок поступления в

клинику составил 2,3 суток. Поражение функционально значимых зона составило 19,8%. Методы пластического закрытия составили: Пластика местными тканями - 20,80%, аутодермотрансплантация - 54,30%, пластика по Крассовитову - 4,38%, пластика лоскутами с осевым кровотоком - 12,8%, комбинация методов - 7,68%; Количество гнойных осложнений составило - 2,3% при использовании методик одномоментной пластики с использованием лоскутов с осевым кровотоком.

Выводы. Основным достижением в лечении обширных ран различной этиологии считаем разработку и внедрение тактики раннего выполнения ВХО и ПХО с использованием ультразвуковой кавитации ран различными методами пластической хирургии. Использование и разработка новых методов пластического закрытия ран различной этиологии позволяет сократить количество ранних послеоперационных осложнений, избежать формирования рубцовых деформаций в позднем послеоперационном периоде и в кратчайшие сроки позволяет начать реабилитацию пациента.

**Хабарова А.В., Соцкая Я.А.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»*

## **ДИНАМИКА СИСТЕМЫ МОНОНУКЛЕАРНЫХ ФАГОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА**

Цель исследования: проанализировать влияние комбинации препаратов биоспорина и фосфолива на состояние системы мононуклеарных фагоцитов (СМФ) у больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) на фоне перенесенного инфекционного мононуклеоза (ИМ).

Материалы и методы: нами было обследо-

вано 42 больных с НАСГ после перенесенного ИМ от 18 до 45 лет. Все больные, которые находились под наблюдением, были распределены на две группы: основную - 22 чел. (52,4%), которые дополнительно помимо общепринятой терапии получали биоспорин по 2 дозы лиофилизата, предварительно растворив содержимое, за



30-40 минут до еды 3 раза в сутки в течение 14 дней подряд и фосфоглив по 1 пакетику, предварительно растворив содержимое, 3 раза в сутки во время еды в течение 20-30 дней и группу сопоставления – 20 чел. (47,6 %), которые получали стандартизированное лечение НАСГ. Изучая функциональное состояние СМФ, мы использовали показатели фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ). (В.М. Фролов и соавт., 1989).

Результаты: Установлено, что до начала лечения отмечалось существенное снижение фагоцитарных индексов, особенно фагоцитарного числа (ФЧ) и индекса переваривания (ИП), что свидетельствовало о неполноценности фагоцитарной реакции. Было также установлено угнетение функционального состояния СМФ у большинства обследованных больных обеих групп. Применение биоспорина и фосфоглива у больных НАСГ на фоне перенесенного ИМ основ-

ной группы способствовало практически полной нормализации изученных иммунологических показателей, а именно повышение фагоцитарных индексов ФАМ, в том числе ФЧ и ИП. В группе сопоставления положительная динамика ФАМ была существенно менее выражена, поэтому на момент завершения лечения в этой группе пациентов оставалось достоверное снижение фагоцитарных индексов. По данным диспансерного обследования в течение 6 месяцев было установлено, что у больных НАСГ на фоне перенесенного ИМ сократилась частота обострений НАСГ.

Выводы: включение комбинации препаратов биоспорина и фосфоглива к общему комплексу лечения больных НАСГ на фоне перенесенного ИМ можно считать патогенетически обоснованным, клинически целесообразным и перспективным.

**Хацко В.В., Шаталов А.Д., Шаталов С.А., Пархоменко А.В., Песчанский Р.Е.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

Цель работы – изучить эффективность малоинвазивных и лапаротомных способов хирургического лечения у пациентов с непаразитарными кистами печени (НКП).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 138 пациентов с НКП, которые лечились в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за последние 10 лет. Среди больных было 113 (82%) женщин и 25 (18%) мужчин в возрасте  $44,3 \pm 3,7$  лет. При кистозных образованиях печени размеры кист составляли от 3 до 18 см в диаметре. Локализация кист: в правой доле печени – 99 (71,7%), левой – 39 (28,3%). Все пациенты распределены на 3 группы: пункционное лечение – 63, лапароскопические операции – 45, лапаротомные операции – 30. В каждой группе выделены по 2 подгруппы: 1 – которые лечились по модифицированным способам и 2 – которым выполнены стандартные операции. Для диагностики НКП применяли (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, лапароскопию, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого из кист печени. Для лапароскопии и вмешательств под её контролем использовали аппара-

ты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl STORZ» (Германия).

Результаты и обсуждение. У 63 пациентов проведена пункция кисты под контролем УЗИ, аспирация содержимого, обработка эпителиальной выстилки этанолом, введение в полость кисты Фибровейна. Пункционный метод лечения целесообразно проводить при кистах печени, которые расположены в глубине паренхимы печени. После пункционного лечения различные осложнения наблюдались у 5 чел. Различные лапароскопические операции выполнены в 45 случаях, в 28 из них применены модифицированные методики. В 2 наблюдениях было незначительное жёлчеистечение из дренажа. В 30 случаях выполнены лапаротомные операции: удаление кист – 21, перицистэктомия – 6, фенестрация кисты, наружное дренирование – 2, резекция кисты, оментопексия – 1. После лапаротомных операций различные послеоперационные осложнения наблюдались у 6 (20 %) больных. У 7 пациентов успешно применён разработанный в клинике «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент № 82354 от 27.07.2013 г.), у 24 – 2 новые модификации лечения. Достоверно доказано, что малоинвазивные и модифицированные способы лечения позволяют значительно улучшить резуль-

таты лечения. За последние 5 лет количество послеоперационных осложнений уменьшилось на 8,3%. Умер 1 пациент 76 лет после тромбоэмболии лёгочной артерии.

Заключение. При непаразитарных кистах печени целесообразно применять малоинвазивные оперативные вмешательства с разработанными

в клинике модифицированными способами, которые позволили уменьшить число послеоперационных осложнений на 8,3%, увеличить количество хороших и удовлетворительных отдаленных результатов на 16,7%. Такие операции лучше выполнять в специализированных гепатологических хирургических центрах.

**Хацко В.В., Шаталов А.Д., Коссе Д.М., Шаталов С.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

## **ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Актуальность проблемы. В настоящее время при лечении механической желтухи и острого холангита признан двухэтапный подход с декомпрессией желчевыводящих путей на первом этапе. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) большинством авторов признана оптимальным способом декомпрессии.

Цель работы. Оценить возможности транспапиллярных эндоскопических вмешательств (ТЭВ) в лечении осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна за последние 8 лет лечились 736 пациентов с осложненной желчнокаменной болезнью, которым были выполнены ТЭВ. Это составило 86,7% от всех пациентов с осложнённым холедохолитиазом. Мужчин было 192 (26,1%), женщин – 544 (73,9%) в возрасте от 22 до 79 лет. Для комплексного обследования и с целью подтверждения диагноза применяли следующие методы исследования: ультразвуковое исследование, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию или чрескожную чреспеченочную холангиографию. ТЭВ проводились по стандартным методикам с помощью аппаратов FUJINONE PX – 201 H; PENTAX – 1000 (Япония) и С-дуги.

Результаты и обсуждение. Первичный ХДЛ явился причиной нарушения проходимости жёлчных протоков у пациентов – в 460 (62,5%) случаях, резидуальный – в 182 (24,7%) случаях, рецидивный – в 94 (12,8%) случаях. Показаниями к выполнению ЭПСТ (на первом этапе) были: вклиненный конкремент дистального отдела холедоха, сопровождающийся желтухой и холангитом, холангиолитиаз с картиной механической желтухи и/или холангита; холангиолитиаз и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) при калькулёзном холецистите у паци-

ентов с высокой степенью операционного риска, атипичный микрохоледохолитиаз и стеноз БДС при отсутствии камней в жёлчном пузыре. При наличии факторов риска развития панкреатита пациентам до и после ЭПСТ вводили сандостатин, антибактериальные препараты, блокаторы протонной помпы, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства. У 14 больных ЭПСТ выполнить не удалось из-за парапапиллярного дивертикула, стеноза папиллы (8), больших конкрементов в холедохе (6). Им было выполнено открытое оперативное вмешательство. При успешной папиллотомии с литоэкстракцией у пациентов с первичным ХДЛ, вторым этапом была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), за исключением 3 больных, отказавшихся от дальнейшего лечения и 2 пациентов, у которых анестезиологический риск превышал операционный. Осложнения после ЭПСТ возникли у 58 (8%) чел.: острый панкреатит – у 40, из которых у 6 отмечен деструктивный процесс в поджелудочной железе с присоединением 4 из них плевропневмонии, у 10 – ферментативного перитонита. В 3 случаях наблюдалось кровотечение из папиллотомной раны: в 1 – оно было остановлено эндоскопически, в 1 случае – с применением гемостатической терапии, а у одной пациентки, в связи с неэффективностью консервативной терапии, выполнена лапаротомия, дуоденотомия, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда. У 5 пациентов развился холангит. Перфораций двенадцатиперстной кишки не было. Умерли 3 (0,4%) больных: 1 пациентка 69 лет – после купирования острого панкреатита на 7-е сутки от тромбоэмболии лёгочной артерии, 2 пациента – от прогрессирующего деструктивного панкреатита.

Выводы. Таким образом, транспапиллярное эндоскопическое вмешательство является эф-

фективным методом для лечения пациентов с осложнённым ХДЛ, обусловленным нарушением проходимости общего жёлчного протока, что позволяет не прибегать к повторным лапаротомным операциям. Для лечения осложнённых

форм ЖКБ, особенно у лиц с тяжёлой сопутствующей патологией в пожилом и старческом возрасте, целесообразно применять двухэтапные вмешательства (ЭПСТ + ЛХЭ).

Цыба Н.Н., Немченко И.С., Туркина А.Г.

ФГБУ «Гематологический научный центр (ГНЦ)» МЗ РФ, Москва

## ЧТО СКРЫВАЕТ ГИПЕРЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ СИНДРОМ?

Клинические проявления гиперэозинофильного синдрома (ГЭС) впервые, в 1956 г., описали работавшие в Швеции В.Engfeldt и R.Zetterstrom, обозначив его как «диссеминированная эозинофильная коллагеновая болезнь». Позднее W.R.Hardy и R.E.Anderson (1967) предложили концепцию ГЭС, а M.J.Chusid (1975) сформулировал его критерии: постоянная эозинофилия, сохраняющаяся более 6 месяцев с уровнем эозинофилов более 1500 в мкл; вовлечение в процесс внутренних органов, чаще сердца, легких, нервной системы, кожи; отсутствие других заболеваний, протекающих с эозинофилией.

За прошедшие 60 лет с момента первого описания клиники ГЭС, произошли колоссальные подвижки в нашем понимании патогенеза состояний, сопровождающихся гиперэозинофилией: с 1992 г. диагностируется миелопролиферативное заболевание (МПЗ), протекающее с гиперэозинофилией и фиксированной хромосомной поломкой в локусе 8p 11-12 с облигатным вовлечением гена (Abruzzo L.V. et al., 1992); в 1994 году Golub T.R. et al. у больных с симптоматикой хронического миеломоноцитарного лейкоза (ХММнЛ), атипичным хроническим миелолейкозом (ХМЛ), ювенильным ММнЛ, протекавших с гиперэозинофилией идентифицировали слитный ген ETV6-PDGFRB, локализующийся на 5 хромосоме (5q31-33 region), кодирующий секрецию эозинофилопоэтических цитокинов (IL-3, IL-5, GM-CSF); в 2003 г., после эмпирического использования иматиниба у больных ГЭС, был выявлен еще один слитный ген, являющийся мишенью для ингибиторов тирозинкиназы – FIP1L1-PDGFRB, являющийся микроскопической интестинальной делецией 4 хромосомы, del (4) (q12q12). Эти изменения отражены в классификациях ВОЗ, в частности в классификации Миелоидных неоплазий и острых лейкозов 2008 г., в соответствии с которой в группу МПЗ с эозинофилией включены:

- хронический эозинофильный лейкоз, никак иначе не определяемый (CEL -NOS);

- гиперэозинофильный синдром;
- системный мастоцитоз.

Миело/лимфоидные неоплазии протекающие с эозинофилией и реаранжировкой PDGFRA, PDGFRB или FGFR1, или сPCM1-JAK2:

- миело/лимфоидные новообразования с реаранжировкой гена PDGFRA;
- миело/лимфоидные новообразования с реаранжировкой гена PDGFRB;
- миело/лимфоидные новообразования с реаранжировкой гена FGFR1;
- миело/лимфоидные новообразования с аномалиями генов PCM1-JAK2 (предлагается к включению в 2016 г.).

Материалы и методы. В ГНЦ с 1999 года наблюдались 188 больных (м – 132, ж – 56, медиана наблюдения составила 2,8 года (0,1-25 лет). Во всех случаях, при направлении в ГНЦ фигурировал диагноз «гиперэозинофилия неясного генеза (гиперэозинофильный синдром)». Проведенные диагностические мероприятия позволили исключить гельминтозы, аллергические реакции, системные заболевания соединительной ткани, онкопатологию, лимфопролиферативные заболевания.

Результаты исследования. Реактивная гиперэозинофилия была выявлена в 60 случаях: паразитозы – 20 %, аутоиммунные заболевания – 23%, болезни органов желудочно-кишечного тракта – 20%, аллергические состояния – 5%, лимфопролиферативные заболевания – 23%, негематологические опухоли – 5%, у одного больного была выявлена кожная форма мастоцитоза и еще у одного – болезнь Кимуры (по 2%). У 57 больных (30 %) были диагностированы клональные миелопролиферативные заболевания: FIP1L1-PDGFRB позитивные – у 70% больных, ETV6-PDGFRB – у 5%, FGFR1 – у 2%, CEL-NOS – у 19% и системный мастоцитоз – у 4% больных. Подавляющее число пациентов – 50 из 57 – были мужского пола. В 38% случаев (71 больной) причина гиперэозинофилии оставалась неясной. Дальнейшее обследование позволило выделить

среди этих пациентов группу из 22 больных с миелолипролиферативным вариантом ГЭС.

Больным проводилась химиотерапия глюкокортикоидами, гидроксимочевинной, альфа-интерфероном. После начала эры ингибиторов тирозинкиназы пациенты с МПЗ, протекающими с гиперэозинофилией, исключая FGFR1-позитивный вариант, получали терапию иматинибом, начиная с дозы 100 мг/сутки. Больным с FGFR1-позитивным вариантом МПЗ выполнена аллогенная трансплантация стволовых гемопоэтических клеток. Лечение иматинибом больных с PDGFRA- и PDGFRB-позитивными МПЗ позволило достигнуть 10-летней выживаемости

у 94% пациентов, в случаях PDGFRA- и PDGFRB-негативных – у 71%. У больных с PDGFRA- и PDGFRB-негативными вариантами МПЗ, протекавшими с эозинофилией и получавших иные виды терапии 10-летняя выживаемость была достигнута лишь в 42% случаев.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наибольшей эффективности в лечении клональных, PDGFRA- и PDGFRB-позитивных, МПЗ ингибиторами тирозинкиназ, сохраняя безрецидивное течение заболевания и высокое качество жизни у таких больных на протяжении длительного (10-летнего) периода.

**Чайка В.К., Железная А.А., Цвяшко Т.И., Заец Е.В., Козыр Л.Н.**

*Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМЫ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

В работе представлены данные о применении обогащенной тромбоцитами аутоплазмы (плазмолифтинг) в рубец на матке во время кесарева сечения и во время консервативной миомэктомии с целью улучшения, ускорения заживления и формирования рубца на матке для повышения шансов вынашивания беременности. Данный метод не исключает назначения антибактериальных, противовоспалительных, противоотечных, иммуномодулирующих и иммуностимулирующих препаратов (по показаниям). Может использоваться как монотерапия, а также является частью многокомпонентной или комбинированной терапии.

Методики применения аутокрови интересны и крайне полезны для практикующего врача. В литературе периодически появляются те или иные сведения об опыте применения аутокрови. Плазмолифтинг как развивающаяся технология опирается на предшествующие методы, в первую очередь, аутогемотерапию и PRP-терапию на основе гелевой композиции (PRP – Platelet Rich Plasma, плазма, обогащенная тромбоцитами).

Метод введения обогащенной тромбоцитами аутоплазмы используется в практике врачей акушеров-гинекологов при заболеваниях шейки матки, лейкоплакии, эндоцервиците, эрозии шейки матки, краурозе вульвы.

Получение аутоплазмы, включает отделение и концентрацию тромбоцитов. В нашей клинике с 2010 года используется система для концентрирования тромбоцитов Smart Prep2. Систе-

ма разработана для безопасной и быстрой подготовки аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами из небольшого объема крови пациента. Система состоит из управляемой микропроцессором центрифуги «Harvest» (США, Флорида) с автоматизированной системой фильтрации и двойной камерой с использованием стерильных принадлежностей (process kit-20i). Для получения аутоплазмы богатой тромбоцитами у пациентки забирается 40 мл периферической крови. Процесс получения богатой тромбоцитами аутоплазмы полностью автоматизирован, занимает около 10 минут и практически исключает контакт врача с кровью пациента. Из полученного раствора при помощи входящего в набор шприца забирается аутоплазма в объеме 3-3,5 мл из каждой пробирки, добавляется активатор тромбоцитов, способствующий лизису альфа-гранул и плотных гранулы и обкалывается парауретрально при операциях по коррекции недержания мочи или в рубец на матке после кесарева сечения или консервативной миомэктомии. Обогащенная тромбоцитами плазма должна готовиться *ex tempore*, непосредственно перед оперативным вмешательством.

Мы применяем внутримышечное введение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в рубец на матке во время кесарева сечения (у 37 родоразрешенных) и во время консервативной миомэктомии (у 42 женщин) с целью улучшения, ускорения заживления и формирования рубца на матке для повышения шансов вынашивания беременности. Исследования в данном направ-



лении продолжают, однако на данном этапе в сравнении с традиционными методиками значительно быстрее восстанавливается кровоток в рубце по данным УЗИ, кратковременная лейкоцитарная реакция, сроки пребывания и восстановления пациенток ( $p < 0,01$ ). Данный метод не исключает назначения антибактериальных, противовоспалительных, противоотечных, иммуномодулирующих и иммуностимулирующих препаратов (по показаниям).

Популярность методики объясняется отсутствием риска аллергических реакций, просто-

той и удобством использования, а также постоянно расширяющейся областью применения. Будучи универсальным подходом к регенерации тканей, Plasmolifting™ открывает широкие перспективы в реабилитационном лечении, технология Plasmolifting™ является безопасной, сертифицированной, эффективной и перспективной методикой в практике врачей почти всех специальностей. Может использоваться как монотерапия, а также является частью многокомпонентной или комбинированной терапии.

**Чалая Л.Ф., Москалюк О.Н.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

### **КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Цель исследования:** Изучить морфофункциональные особенности малых аномалий сердца у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДДСТ).

**Материалы и методы.** Обследовано 126 детей в возрасте 7-17 лет с НДДСТ, имеющих пролапс митрального клапана (ПМК). Для выявления НДДСТ использовали критерии Т.И. Кадуриной (2009). Диагностику пролапса митрального клапана проводили на основании критериев Фремингемского исследования.

**Результаты.** При проведении доплерэхокардиографии пролапс митрального клапана I степени выявлен у 120 (95,2±1,9%) пациентов, II степени – у 6 (4,8±1,9%). У 115 (91,3±2,5%) детей пролабировала передняя створка митрального клапана, у 11 (8,7±2,5%) – обе створки. Пролабирование створок отмечалось в период поздней систолы. У 47 (37,3±4,3%) детей пролапс митрального клапана сопровождался митральной регургитацией: в 38 (30,2±4,1%) случаях – I степени, в 9 (7,1±2,3%) – II степени. Миксоматозная дегенерация створок имела место у 13 (10,3±2,7%) детей. Кроме ПМК, другие малые аномалии сердца (МАС) выявлены в 55 (43,7±4,4%) случаях. В структуре МАС преобладали ложные (аномально расположенные) хорды и трабекулы левого желудочка – у 45 (35,7±4,3%) пациентов. Пролапс трехстворчатого клапана выявлен у 2 (1,6±1,1%) детей, открытое овальное окно у 8 (6,4±2,2%); 14 (11,1±2,8%) пациентов имели сочетание 3-х МАС.

Нормальные размеры левого предсердия и левого желудочка были выявлены только у половины обследованных: конечно-диастолический

диаметр левого желудочка (КДД) у 55 (43,7±4,4%) пациентов, конечно-систолический диаметр левого желудочка (КСД) – 61 (48,4±4,5%), диаметр левого предсердия (ДЛП) – 68 (53,9±4,4%). КДД был увеличен в 34 (26,9±3,9%) случаях, уменьшен у 37 (29,4±4,1%); КСД увеличен в 24 (19,1±3,5%), уменьшен у 41 (32,5±4,2%). Увеличение диаметра левого предсердия зарегистрировано у 9 (7,2±2,3%) обследованных, уменьшение у 49 (38,9±4,3%). При этом уменьшение КДД пределах 3-9 центилей выявлено в 10 (7,9±2,2%) случаях, КСД – 29 (23,0±3,5%), ДЛП – 29 (23,0±3,5%). Уменьшение КДД в пределах 10-24 центилей имели 27 (21,4±3,3%) детей, КСД – (9,5±2,8%), ДЛП – 20 (15,8±2,6%). Одновременное уменьшение всех морфометрических параметров левых камер сердца при нормальной систолической и диастолической толщине стенок камер сердца и межжелудочковой перегородки зарегистрировано у 29 (34,1±5,1%) пациентов. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у этих детей выявлено так называемое «капельное» сердце с уменьшением поперечных размеров. Указанные изменения характерны для истинного малого сердца. Такие особенности сердца имели пациенты с типичным астеническим телосложением (высоким ростом, низкой массой тела, сниженным массо-ростовым коэффициентом и узкой грудной клеткой).

**Выводы.** Таким образом, у обследованных нами детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани кардиальные проявления были представлены малыми аномалиями и размерами сердца.

Челпан Л.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ. СВЯЗЬ С ЭКОЛОГИЕЙ ДОНБАССКОГО РЕГИОНА

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в снижении заболеваемости острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) за последние десятилетия, данная патология регистрируется во всех странах мира, независимо от уровня экономического развития и климатических условий. Распространенность ассоциированных с  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А тонзиллитов и фарингитов среди детей и подростков составляет не менее 30%, что сохраняет вероятность развития ОРЛ у предрасположенных пациентов. Наряду с патогенными микроорганизмами, индивидуальной предрасположенностью, в развитии ОРЛ несомненную роль играют внешнесредовые антропогенные факторы.

Целью работы явилось изучение особенностей течения ОРЛ в условиях неблагоприятного антропогенного влияния окружающей среды Донбасского региона. Обследовано 65 детей в возрасте от 6 до 17 лет с ОРЛ. Признаки перенесенной стрептококковой инфекции выявлены у всех детей. Наблюдали высокий процент малых аномалий развития сердца (70,4%), изменений опорно-двигательного аппарата (53,7%) как проявлений синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Больные дети разного пола достоверно не отличались между собой по степеням активности ОРЛ. I степень активности констатирована у 8 (12,3%) от числа больных ОРЛ, II – у 37 (56,9%), III – у 20 (30,8%). Суставной синдром на разных этапах развития патологического процесса отмечен у 36 (55,4%) больных, малая хорея – у 12 (18,5%), кольцевидная эритема – у 8 (12,3%), перикардит – у 6 (9,2%), ревматические узелки – у 5 (7,7%). Эндомиокардит диагностирован у всех детей с

ОРЛ. Узелки в группе больных мальчиков не обнаружены, у девочек они выявлены в 5 (13,9%) случаях. У мальчиков в 2,1 раза чаще отмечали артрит или артралгии. Установлено, что достоверным эхокардиографическим признаком поражения сердца при ОРЛ является вальвулит, наиболее частым проявлением которого является клапанная регургитация, которая встречалась у 77,8% детей, а также утолщение створок клапанов у 44,4% детей, наиболее часто митрального. Показатель фракции выброса, степени укорочения переднезаднего размера левого желудочка и скорости циркуляторного укорочения волокон миокарда, характеризующих сократительную способность левого желудочка, достоверно не снижались, что свидетельствует об отсутствии миокардиальной дисфункции и выраженного поражения миокарда при ОРЛ. Определяли интегральные показатели неблагоприятной экологической нагрузки на атмосферу (Q), воду (R) и почву (S). Высчитывали общий экологический индекс Z как сумму Q, R, S. По данным многофакторного дисперсионного анализа, отсутствует влияние региона проживания больных (сельская местность или города) и Z на интегральные показатели распространенности и заболеваемости ОРЛ. По данным однофакторного дисперсионного анализа установлена дисперсионная зависимость степени активности ОРЛ от параметров общего экологического индекса (Z), что подтверждает влияние экологической ситуации в регионе как неблагоприятного фактора риска течения ОРЛ у детей. Установлено также влияние параметра Z на развитие малой хореи ( $D=27,35$ ,  $p<0,001$ ), анулярной эритемы ( $D=20,88$ ,  $p<0,001$ ) и ревматических узелков ( $D=9,41$ ,  $p=0,003$ ).

Ченский А. В.

Республиканский реабилитационный центр

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИМПИНДЖМЕНТ СИНДРОМА ПЛЕЧА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ

Импинджмент синдромом плеча как проявление дегенеративно-дистрофического поражения ротаторной манжеты плеча (РМП) у людей старшего возраста – проблема, которая все

острее встает перед современной ортопедией. У 60% больных старше 60 лет имеются дегенеративные изменения и частичные разрывы ротаторной манжеты плеча, что часто протекают

бессимптомно или сопровождаются лишь болевым синдромом. Традиционные методы лечения — внутрисуставное введение гормональных препаратов, направленное на погашение воспалительного процесса — имеют временный эффект или неэффективны вообще. Поэтому основной задачей должен быть поиск патогенетического лечения, направленного на репарацию структуры и восстановление прочностных характеристик пораженных сухожилий, что приведет к прекращению воспалительных явлений в связи с исчезновением субстрата воспаления. Таким методом лечения, по некоторым данным, может стать использование плазмы, обогащенной тромбоцитами (ПОТ). ПОТ содержит увеличенную в 6 раз концентрацию тромбоцитов по сравнению с нативной кровью, что соответственно пропорционально увеличивает в ней концентрацию факторов роста, которые, выделяясь из альфа-гранул тромбоцитов в месте инъекции, оказывают свой положительный эффект локально.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** исследовать эффективность использования ПОТ у больных с импинджмент синдромом плеча.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ** Материалом для нашего исследования были 18 пациентов (10 женщин, 8 мужчин) пожилого возраста от 70 до 88 лет (в среднем 78,3 года) с клинической симптоматикой импинджмент синдрома плеча, сопровождавшийся болевым синдромом и снижением объема движений в плечевом суставе. Продолжительность заболевания на период начала лечения составляла от 4 до 36 месяцев (в среднем 12,1). Верификация диагноза проводилась введением анестетика в субакромиальную сумку. Уровень болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ) составлял от 2 до 9 баллов (в среднем 6,85), при нагрузке уровень болевого синдрома составил от 6 до 10 баллов по шкале ВАШ (в среднем 8,45). Все пациенты имели опыт применения нестероидных противовоспалительных препаратов с целью уменьшения болевого синдрома. Рентгенологически у больных выявлены признаки деформирующего артроза акромиально-ключичного соединения 2-й стадии. Обогащенная тромбоцитами плазма во всех случаях получалась по следующей мето-

дике: 36 мл свежесобранной венозной аутокрови обрабатывались при помощи центрифуги ЦЛК-1 двухэтапно по 3 минуты со скоростью 1000 об/сек, затем 3000 об/сек. После чего забирался слой плазмы над лейкоцитарным слоем (без его разрушения) объемом 4-6 мл. Непосредственно перед инъекцией с целью активации тромбоцитов в препарат добавлялся 10% раствор CaCl<sub>2</sub> по 0,1 мл на 2 мл полученной ПОТ. Инъекция выполнялась субакромиально дважды с интервалом в 14 дней. Суммарный период наблюдения составил 3 мес. На период лечения пациентам рекомендовалась лечебная гимнастика по авторской методике и не поощрялось использование нестероидных противовоспалительных средств.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ** У 11 больных в течение 2 дней после инъекции ПОТ отмечалось усиление болевого синдрома, который самостоятельно исчезал без использования вспомогательных средств, что может быть связано с преобразованием ПОТ *in vivo* в гелеподобную структуру, которая ограничивает подвижность тканей в области инъекции. У 9 из 18 пациентов отмечалась значительная положительная динамика в период между первой и второй инъекцией, но не до полного выздоровления. Через 3 мес после начала наблюдений все пациенты отмечали положительную динамику уменьшения болевого синдрома. 10 из 18 пациентов отмечали полное исчезновение болевого синдрома в покое. У 6 пациентов отмечен болевой синдром только при нагрузке. Таким образом, средний уровень боли по ВАШ в конце наблюдения составлял 1,4 балла в покое и 6,5 балла при нагрузке. Однако у 2 больных с ограничением объема движений в плечевом суставе сохраняющийся болевой синдром требовал применения нестероидных противовоспалительных препаратов. Таким образом, можно сделать **ВЫВОДЫ** о положительном эффекте использования ПОТ при дегенеративно-дистрофических поражениях у больных с болевым синдромом и сохранением объема движений. Но небольшое количество наблюдений указывают на необходимость дальнейших исследований по вопросам использования обогащенной тромбоцитами плазмы при лечении патологии опорно-двигательного аппарата.

Черемисов В.В., Рябов А.Б., Хомяков В.М., Вашакмадзе Л.А., Колобаев И.В., Чайка А.В., Соболев Д.Д., Стецюк А.Н., Керемов Р.К., Аксенов С.А.

МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, РФ

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ НЕОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБРЮШИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с местно-распространенными неорганными забрюшинными опухолями (НЗО) остаются малоудовлетворительными. Частота R0 резекций колеблется от 43 до 90%, более половины операций можно расценивать как, циторедуктивные. При этом, рецидивы развиваются у 60% больных, а пятилетняя выживаемость может достигать 70% при некоторых гистологических типах опухолей.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с распространенными неорганными забрюшинными опухолями.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 219 пациентов, оперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена с 1990 по 2016 гг. Мужчин было 56 (26%), женщин – 164 (74%). Средний возраст -  $48,18 \pm 1,23$  лет (27 – 82). Частота R0 резекций при всех гистологических формах составила 86%, R1/R2 – 10%. При этом, частота радикальных и циторедуктивных операций варьировала в зависимости от распространенности патологического процесса и гистологической структуры опухоли. Так, при липосаркомах R0 резекции выполнены у 74 (92%) больных, R1/R2 – у 7 (8%); при лейомиосаркомах R0 – у 22 (73%), R1/R2 – 8 (27%); при десмоидных

опухолях R0 – у 12 (52%), R1/R2 – у 7 (30%). При более редких гистологических типах, таких как, плеоморфная саркома, опухоли из оболочек периферических нервов, гемангиоперицитомах, частота R0 резекций составляла от 76% до 81% и R1/R2 – от 19% до 24%.

Результаты. Частота осложнений колебалась от 13% до 21%, в зависимости от распространенности патологического процесса и объема операции. Наиболее высокий процент осложнений зафиксирован при липосаркомах (21%). Летальность составила 4%. Наиболее значимым прогностическим фактором является полнота циторедукции ( $p=0,0001$  Cox). У лиц, оперированных в объеме R0, 5-летняя выживаемость составила 95%, а в объеме R1/R2 – 25%. 5-летняя выживаемость у больных, перенесших мультивисцеральные резекции составила 84%, против 71% – при «простых» операциях.

Заключение. Выполнение циторедуктивных (R1/R2) операций при массивных местно-распространенных забрюшинных саркомах, а так же рецидивах опухоли не приводит к излечению больных, однако позволяет обеспечить длительный (месяцы – годы) безрецидивный период и даже добиться 5-и летней выживаемости при некоторых гистологических формах опухоли.

Черкасова Т.И., Домашенко О.Н.

Национальный медицинский университет им. М. Горького

## МИКРОБИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ГРАНУЛОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ВТОРИЧНО-ОЧАГОВЫХ ФОРМАХ ИЕРСИНИОЗА

Иерсиниоз – актуальная проблема современных инфекционных болезней, что обусловлено широким распространением этого заболевания, сложностью диагностики и дифференциального диагноза в связи со значительной частотой затяжных, рецидивных форм, необходимостью усовершенствования лечения. Доказана триггерная роль *Yersinia enterocolitica* в формировании патологии кишечника, почек, суставов, щитовидной железы и коллагенозов. После адекватного по современным представлениям лечения затяжное и хроническое течение иерсиниозной инфекции наблюдается у 10-55 % боль-

ных, у 9-25 % из них формируются системные заболевания. Критерии прогноза, рекомендуемые для использования в практике, не позволяют предвидеть исходы в остром периоде болезни. Течение и исходы иерсиниозов во многом определяются иммунологическим дисбалансом на уровне фагоцитирующих клеток.

Цель исследования – изучить в динамике показатели микробицидной активности нейтрофильных гранулоцитов при вторично-очаговой форме иерсиниоза, протекающего с поражением опорно-двигательного аппарата (полиартрит, синовит, синдром Рейтера), и определить



их прогностическое значение.

**Материал и методы.** В динамике заболевания обследовано 65 больных вторично-очаговой формой иерсиниоза в возрасте 18-68 лет (женщин – 38, мужчин – 27). Диагноз иерсиниоза подтвержден РНГА с сероваром O3 и O9 в титре 1:800-1:3200, реакцией иммунноблотинга (IgM и IgG), РНИФ (IgM и IgG). Среднетяжелое течение иерсиниоза наблюдалось у 80 %, тяжелое – у 20 % больных. У 16,9 % течение болезни было острым, у 55,4 % – затяжным, у 27,7 % – хроническим. Исследованы показатели катионных белков (КБ) и миелопероксидазы (МП) в нейтрофилах крови с целью оценки эффективности проводимой терапии.

**Результаты и обсуждение.** В разгар иерсиниоза выявлено резкое снижение уровня КБ. При средней норме ( $136,4 \pm 4,4$ ) усл. Ед. у больных с тяжелым течением иерсиниоза этот показатель составил ( $75,6 \pm 3,6$ ) усл. Ед. При этом у больных с тяжелым течением иерсиниоза количество КБ в нейтрофилах было почти в 2 раза ниже средней нормы. При тяжелом течении иерсиниоза у 46,2 % больных уровень КБ в разгаре болезни был ниже 60 усл.Ед. При среднетяжелом течении резко выраженное уменьшение КБ в нейтрофилах (до 60 усл. Ед.) обнаружено только у 7,7 % больных иерсиниозом. Ярко выраженная зависимость степени уменьшения количества КБ от тяжести заболевания и постепенное увеличение этого показателя по мере клинического выздоровления обнаружено у 72,3 % больных с благоприятным развитием патологического процесса. Перед выпиской из стационара уровень КБ в нейтрофилах нормализовался лишь у 44, 6 % пациентов ( $p > 0,05$ ). Ретроспективный анализ динамики изменения уровня КБ у 25 больных с рецидивирующим течением иерсиниоза выявил сниженный уровень КБ в нейтрофилах такой же, как при поступлении в стационар. Таким образом, монотонно низкий уровень КБ косвенно свидетельствует о недостаточной способности нейтрофилов к полноценному фагоцитозу, вместе с тем может быть использован как прогностический тест, указывая на неэффективность

проводимой терапии и возможность возникновения рецидива. Активность миелопероксидазы в нейтрофилах крови (МП) у обследованных больных характеризовалась снижением показателя уже на первой неделе болезни. В случае тяжелой формы МП в среднем была в 2,7 раза ниже нормы ( $p < 0,001$ ). При безрецидивном течении иерсиниоза активность МП нейтрофилов постепенно повышалась и в периоде поздней реконвалесценции приходила в норму у большинства пациентов. При тяжелом течении иерсиниоза у 30,8 % активность МП была ниже нормы, несмотря на вполне удовлетворительное состояние в этом периоде. У этих пациентов в течение месяца после выписки из стационара отмечалось эпизодическое повышение температуры до  $37,0-37,2$  ° С, общая слабость, нерезко выраженные артралгии, в связи с чем возникла необходимость в амбулаторном лечении. При статистическом анализе в остром периоде между показателями МП и КБ выявлена прямая умеренная корреляционная зависимость ( $r = + 0,54$ ,  $mg = 0,13$ ,  $t = 3,46$ ,  $p < 0,01$ ), что подтверждает участие указанных компонентов бактерицидной системы в фагоцитозе.

**Выводы.** Результаты исследования микробицидной активности и метаболизма нейтрофилов крови при вторично-очаговой форме иерсиниоза с поражением суставов свидетельствуют о значительной роли выявленных изменений в патогенезе исследуемого заболевания. При суставной форме иерсиниоза обнаружены значительные изменения активности внутрилейкоцитарных ферментов, участвующих в переваривании микроорганизмов и характеризующих метаболизм нейтрофилов. Установлено значительное снижение уровня КБ и активности МП. Выраженность изменений отвечала тяжести заболевания, а нормализация, особенно в случае тяжелого течения, отставала от клинического выздоровления. Установлено, что сохранение низкой активности МП и КБ в раннюю реконвалесценцию в подавляющем большинстве случаев предшествовали рецидиву.

Черкасова Т.И., Домашенко О.Н., Колесникова Т.И., Небесная Л.В.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

## СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ИЕРСИНИОЗА

Иерсиниоз регистрируется повсеместно в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек, характеризуется исключительным многообразием синдромов, нередко системного характера, что в сочетании со сложностью лабораторного подтверждения диагноза объясняет актуальность данной проблемы не только для инфекционистов, но и врачей смежных специальностей (терапевты, гастроэнтерологи, хирурги, ревматологи, дерматологи, аллергологи и т.д.). Иерсиниоз у 3-10 % больных характеризуется формированием хронических форм. У 12-18 % заболевших иерсиниозом поражение суставов проявляется лишь в периоде вторичноочаговых и аллергических проявлений, при этом нередко длится многие годы нераспознанным. Разнообразие клинических форм иерсиниоза обуславливает важность лабораторного подтверждения диагноза. Соевременная лабораторная диагностика заболевания является залогом полного выздоровления, а также предупреждения хронизации заболевания.

Цель исследования – анализ эффективности современных методов лабораторной диагностики иерсиниоза.

Материалы и методы. Обследован 141 больной хронической формой иерсиниоза. У 87 больных с реактивным артритом диагностика иерсиниозной этиологии заболевания осуществлялась реакцией непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) с использованием тест-системы производства EUROIMMUN AG (Германия), у 54 больных – методом иммуноблотинга (Вестерн-блот) с применением тест-системы EUROIMMUN AG (Германия).

Результаты и обсуждения. РНИФ является перспективным методом для ранней диагностики иерсиниоза, которую используют не только для определения антигенов, но и для титрования антител. На поверхность предметных стекол наносили бактериальные мазки *Yersinia enterocolitica* (серовары O:3, O:6, O:9). Стекла инкубировали с образцами разведенной сыворотки пациента. Имеющиеся в положительных образцах специфичные антитела классов IgG или IgM к *Yersinia enterocolitica* связываются с бактериальными антигенами. Связавшиеся антитела выявляют флюоресцентным окрашиванием. Характер свечения оценивается с помощью

флюоресцентного микроскопа. Из 87 больных с реактивным артритом неуточненной этиологии у 42 (48,3 %) выявлены IgM к *Y. Enterocolitica*, у 45 (51,7 %) – IgG. Серовар O:3 определен у 52,9 %, O:6 – у 25,3 %, O:9 – у 21,8 %, при этом у 6,9 % больных обнаружены антитела к нескольким антигенам возбудителя – O:3 и O:9; O:3, O:6 и O:9. Патогенность иерсиний зависит от плазмид и экспрессии кодируемых на них белков. Эти белки наружной мембраны (Yop) специфичны для иерсиний и не обнаружены у других бактерий. Все заболевания, вызываемые патогенными штаммами *Y. enterocolitica*, выявляются с помощью идентификации YOP-специфических антител. IgA, IgG антитела могут быть обнаружены в раннюю фазу после контакта с факторами вирулентности *Yersinia enterocolitica*. Титры IgA снижаются в течение нескольких месяцев. Антитела класса IgG обычно персистируют существенно дольше и могут выявляться в сыворотке через 12 месяцев и более после начального контакта с антигенами возбудителя. Для острого периода характерны нарастающие или высокие титры IgG антител. При хронических формах заболевания и иммунопатологических осложнениях антитела класса IgG и даже IgA могут обнаруживаться и в течение более длительного периода. При обследовании 54 больных с хронической формой иерсиниоза диагноз верифицирован методом иммуноблотинга (Вестерн-блот) в 20,4 % случаев обнаружением AT-IgA к *Y. enterocolitica*, у 55,5 % больных – AT-IgG. У 13 пациентов (24,1 %) выявлены AT-IgA и AT-IgG к *Y. enterocolitica*. Профиль антител IgA и IgG к антигенам *Y. enterocolitica* представлен р.46, р.44, р.38, р.36, р.34, р.30, р.25.

Выводы. Таким образом, в настоящее время имеются эффективные современные методы лабораторной диагностики иерсиниоза, которые позволяют выявить заболевание в поздние периоды болезни. Не исключая значимость традиционных методов исследования (бактериологический, серологический), необходимо помнить, что современные тесты, такие как РНИФ, иммуноблотинг, ПЦР являются более совершенными и информативными способами подтверждения диагноза в разные периоды заболевания, включая иммунопатологические осложнения и хронические формы иерсиниоза.

Черкесов В.В., Фуфаева И.Г.

Департамент государственной военизированной горноспасательной службы МЧС ДНР

## ВОПРОСЫ РАССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ДОНБАССА

Сохранение здоровья и жизни работающего населения Донецкой Народной Республики (ДНР) становится в последнее время все более актуальным в условиях реформирования экономики и здравоохранения региона. Отмечаемые в последние десятилетия, переход к рыночным отношениям негативно сказался на качестве медицинского обслуживания лиц, работающих во вредных условиях, снизилось качество санитарно-эпиднадзора, диспансерного наблюдения, отмечается некачественное и несвоевременное проведение периодических медосмотров.

Анализ данных по случаям внезапной смерти работников угольной промышленности Донбасса за последние годы показывает, что количество внезапно умерших от острой сердечно-сосудистой недостаточности составляет 12-15 % от всех погибших под землей горнорабочих.

Авторы на протяжении более 20 лет занимаются изучением состояния сердечно-сосудистой системы у горнорабочих угольных шахт. У истоков изучения этой проблемы стояли Академик Л.Т. Малая и директор НИИ гигиены труда и профилактики травматизма Г.П. Кобец. Под их руководством были проведены масштабные эпидемиологические исследования по изучению функционального состояния сердечно-сосудистой системы у горнорабочих угольных шахт, доказано неблагоприятное воздействие на систему кровообращения факторов производственной среды, таких как тяжелый физический труд, локальная вибрация, шум, производственный микроклимат, психоэмоциональный стресс. С учетом этих данных были разработаны программы профилактики и реабилитации горнорабочих с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

К сожалению, за последние годы, в условиях не всегда обоснованной реформы здравоохранения Украины, вопросам медицинского обслуживания промышленных рабочих уделялось недостаточно внимания, в том числе и внедрению комплекса современных лечебно-профилактических программ. А проблема внезапной смерти горнорабочих под землей не только остается, но с каждым годом углубляется.

Многолетний опыт работы позволил нам разработать и унифицировать методику расследования случаев внезапной сердечной смерти работников угольных шахт, что дало возможность объективно устанавливать причину смерти, определять способствующие ее наступлению условия и факторы. Экспертное заключение по данным случаям формулируется на основании анализа медицинской документации (результатов периодических медосмотров, амбулаторной карты, выписных эпикризов), результатов аттестации рабочего места по условиям труда и санитарно-гигиенической характеристики рабочего места, проводится тщательное изучение обстоятельств, при которых произошло ухудшение здоровья. Обязательно проводится подробный анализ данных акта судебно-медицинского (или патологоанатомического) исследования.

Данные, полученные при расследовании случаев внезапного ухудшения состояния здоровья или смерти работников, свидетельствуют о несвоевременности и недостаточном уровне выявления сердечно-сосудистых заболеваний у горнорабочих. В тех же случаях, когда диагностика была проведена успешно, остаются нерешенными экспертные вопросы трудоспособности и рационального трудоустройства.

Все это свидетельствует о необходимости совершенствования уровня и повышения качества диагностики сердечно-сосудистых заболеваний на этапах периодических медицинских осмотров работников угольных предприятий, формировании групп риска развития данной патологии, проведения диспансеризации и динамического контроля в группе высокого риска. На предприятиях, где в течение нескольких лет отмечаются неоднократные случаи внезапного ухудшения состояния здоровья или внезапной смерти горнорабочих, необходимо проводить внеочередные углубленные медосмотры с целью выявления сердечно-сосудистых заболеваний и решения экспертных вопросов о возможности продолжения работы в профессии или рационального трудоустройства работников с указанной патологией.

**Чистяков В.С., Пестаков А.С., Сидоркевич С.В.**

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСФУЗИЙ ЭРИТРОСОДЕРЖАЩИХ КОМПОНЕНТОВ**

Переливание эритроносодержащих компонентов крови является распространенным способом коррекции анемии (в том числе у хирургических и онкологических больных). На Станции переливания крови изготавливается широкий ассортимент компонентов крови (фильтрованная эритроцитная взвесь, эритроциты с удаленным лейкотромбослоем, отмытые размороженные эритроциты и др.).

Фильтрованные эритроцитные компоненты получают путем забора цельной крови в системы с встроенным лейкоцитарным фильтром. Эритроцитную взвесь с удаленным лейкотромбослоем получают путем заготовки цельной крови в специальные счетверенные системы для выделения лейкотромбослоя. Криоконсервирование эритроцитов ( $t^{\circ} -196^{\circ}\text{C}$  с использованием в качестве криопротектора глицерина в конечной концентрации 20%) осуществляется для увеличения сроков хранения. Отмывание криоконсервированных эритроцитов выполняется автоматическим способом на аппаратах АСР215 по адаптированной для данной технологии криоконсервирования процедуре. Процесс криоконсервации и последующего размораживания и отмывания (деглицеринизации) сопровождается потерей части гемоглобина и эритроцитов (процент потер до 24,79% от исходного количества).

Различия в технологиях получения компонентов крови влияют на цену их изготовления

и, предположительно, на эффективность при трансфузии.

**Цель.** Оценить клинический эффект от переливания одной дозы эритроносодержащих компонентов.

**Материалы и методы.** Проанализированы 35 историй болезни пациентов, получавших трансфузии фильтрованной эритроцитной взвеси, отмытых размороженных эритроцитов и эритроцитов с удаленным лейкотромбослоем.

**Результаты.** Прирост гемоглобина крови от переливания одной дозы отмытых размороженных эритроцитов, полученных с помощью модернизированной технологии, составил  $10,1 \pm 1,4$  г/л. Эффект от переливания эритроцитной взвеси фильтрованной составил  $13,4 \pm 2,2$  г/л. Клиническая эффективность переливания одной дозы эритроцитной взвеси с удаленным лейкоцитарным слоем была определена как  $10,8 \pm 1,9$  г/л. Прирост сатурации крови центральной вены составил  $10 \pm 2$ ,  $12 \pm 3$  и  $9 \pm 3$  % соответственно.

**Выводы.** Клинический эффект переливания одной дозы отмытых размороженных эритроцитов соответствовал клиническому эффекту от переливания эритроцитной взвеси фильтрованной с учетом потерь гемоглобина при криоконсервации. При планировании трансфузионной поддержки пациента следует учитывать не только вид переливаемого компонента, но и планируемый эффект от переливания эритроносодержащих компонентов крови.

**Чистяков В.С., Пестаков А.С., Сидоркевич С.В.**

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

## **МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И КОСТНОГО МОЗГА**

На Станции переливания крови (СПК) СЗФМИЦ им.В.А.Алмазова ежегодно криоконсервируется большое количество доз стволовых клеток, полученных аферезом периферической крови и клеток костного мозга. За период с 2010 по 2016 гг., количество криоконсервированных компонентов постепенно увеличивалось от 16 доз СКПК и 5 доз клеток костного мозга до 259 и 35 соответственно.

Контроль качества компонентов после кри-

оконсервации приобретает большее значение в связи с увеличением количества трансплантаций предварительно криоконсервированных стволовых клеток.

Наиболее достоверным способом контроля сохранности клеток после криоконсервации является измерение количества целевых клеток до криоконсервации и после процедуры размораживания.

Распространенный способ контроля выжива-



емости клеток с помощью замораживаемого отдельно контейнера с частью дозы, т. н. «пробника», имеет ряд недостатков. Материал и теплопроводность самого криоконтейнера и сосуда с контрольным образцом, форма контейнеров и толщина слоя замораживаемой жидкости не могут быть идентичными. Применение одного протокола замораживания для криоконтейнера и для контрольного образца не гарантирует идентичности в результатах криоконсервации.

**Цель.** Определить достоверность результатов контрольных образцов как показателей качества криоконсервированного компонента.

**Материалы и методы.** Для определения идентичности результатов выживаемости клеток в криоконтейнере и контрольном образце, было использовано 13 невостребованных контейнеров и соответствующих им контрольных образцов. Замораживание криоконтейнеров и контрольных проб в пробирках-эппендорфах осуществлялось с помощью программного замо-

раживателя, криоконтейнер и соответствующая ему проба подвергались замораживанию в одну общую процедуру.

**Результаты.** Средняя выживаемость клеток в контрольной пробе составила 0,67 от выживаемости клеток, замороженных в криоконтейнере. Доля нежизнеспособных клеток в контрольной пробе превышала аналогичный показатель в криоконтейнере в 2 раза. Сила корреляционных связей между показателями контрольной пробы и основной дозы превышает 0,97.

**Выводы.** Выявлено несоответствие в характеристиках клеточного материала контрольной пробы в эппендорфе и основной дозы в криоконтейнере. Выживаемость клеток контрольной пробы ниже, чем клеток в криоконтейнере. Планируется накопление статистического материала для выявления предполагаемого коэффициента соответствия контрольной пробы и основной дозы.

**Чистяков В.С., Пестаков А.С., Сидоркевич С.В.**

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ БАНКА СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ОБЪЕМОВ КРИОКОНСЕРВАЦИИ**

На Станции переливания крови (СПК) СЗФМИЦ им.В.А.Алмазова ежегодно криоконсервируется большое количество доз стволовых клеток, полученных аферезом периферической крови, и клеток костного мозга. За период с 2010 по 2016 гг., количество криоконсервированных компонентов постепенно увеличивалось от 16 доз СКПК и 5 доз клеток костного мозга до 259 и 35 единиц хранения соответственно. Объективная ограниченность вместимости криобанка и ежегодное увеличение количества криоконсервируемых доз требует особого внимания к невостребованным контейнерам.

**Цель.** Определить оптимальный порядок работы с невостребованными дозами стволовых клеток периферической крови и клеток костного мозга, находящимися на хранении в криобанке.

**Материалы и методы.** Проанализирована работа отделения криоконсервации клеток крови и костного мозга Станции переливания крови за 2010-2016 гг.

**Результаты.** За период с 2010 по 2016 год в криобанк поступило 1148 криоконтейнеров стволовых клеток периферической крови и кост-

ного мозга, а также донорских Т-лимфоцитов. При выдаче 718 контейнеров за семь лет, в банке остались заняты 430 ячеек хранения.

**Выводы.** Изъятие криоконтейнера со стволовыми клетками возможно при его выдаче или списании. Сложившийся порядок работы приводит к оставлению трети криоконтейнеров без выдачи. Списание криоконтейнеров со стволовыми клетками представляется возможным только в случае смерти реципиента.

Для лучшей организации работы криобанка и сокращения числа занятых ячеек хранения, требуется постоянная связь с клиническими отделениями, проводящими трансплантации стволовых клеток. Оперативное информирование руководства криобанка о смерти соответствующих больных, позволяет наиболее эффективно распоряжаться местами хранения. Контрольной мерой является периодическое составление списков оставшихся на хранении криоконтейнеров со сроком хранения выше порогового значения для уточнения статуса реципиентов.

Пороговое значение определяется руководством криобанка, исходя из индивидуальной ситуации. Списание криоконтейнеров, содер-

жащих стволовые клетки, возможно только после подтверждения отсутствия в дальнейшем клинического применения каждой конкретной дозы. Наиболее практичный способ последую-

щего применения списываемых доз — использование для контроля качества и научных исследований.

**Чмырь Н.Э., Киреев И.А., Колесников А.Н., Киреев А.В.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ**

Актуальность. Гемолитическая анемия - заболевание, для которого характерно укорочение продолжительности жизни эритроцитов и, вследствие этого, клинически - периодическая желтуха за счет непрямого (неконъюгированного) билирубина, разной степени выраженности увеличение селезенки и при длительном течении - изменения скелета; гематологически - анемия с активацией эритропоэза и повышенным ретикулоцитозом, повышенная активность в крови лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и резко сниженный уровень в крови гаптоглобина.

В12-дефицитная анемия – характеризуется нарушением созревания эритрокариоцитов в костном мозге и развитием мегалобластического типа кроветворения с проявлением в костном мозге мегалобластов, внутрикостномозговым разрушением эритрокариоцитов, снижением количества эритроцитов и гемоглобина, тромбоцитопенией и лейкопенией. Может быть следствием дефицита витамина в питании (строгое вегетарианство), наследственных нарушений (врожденные дефициты сорбции - внутреннего фактора Кастла, транспорта и метаболизма витамина В12), приобретенных дефектов абсорбции витамина.

Гепатит В - острое или хроническое заболевание печени, вызываемое ДНК-содержащим вирусом. Передача инфекции происходит парентеральным путем. Характерна интенсивная истеричность кожных покровов и слизистых, сопровождается зудом. На коже нередко выявляют геморрагии в виде петехий или крупных синяков. Моча приобретает темный цвет, у большинства больных кал ахоличен. Печень, как правило, увеличивается в размерах; она отчетливо болезненна при пальпации, достаточно мягкая по консистенции. На высоте заболевания в сыворотке крови обнаруживают HBsAg.

Лептоспироз относится к группе зоонозных инфекционных болезней. Заболевание начинается остро, сопровождается симптомами интоксикации, лихорадкой, различными проявлениями геморрагического синдрома, поражением

печени, почек и нервной системы. В периферической крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево до миелоцитов, анэозинофилия; СОЭ повышена (до 50 мм/ч), повышенный гемолиз эритроцитов, анемия.

Отравление метгемоглобинообразующими ядами – такими ядами являются нитриты, нитроглицерин, нитробензолы, анилин гидрохинон и ряд других соединений. Метгемоглобинообразующие яды способны временно депонироваться в печени и жировой ткани, поэтому нередко случаи повторного образования метгемоглобина за счет выхода яда из депо в кровь. Общими признаками отравления являются головная боль, головокружение, одышка, резкий цианоз кожного покрова и помрачение сознания. В больших концентрациях метгемоглобин приводит к гемолизу эритроцитов и развитию соответствующей симптоматики.

Радиационное облучение. Ранней реакцией миелокариоцитов на облучение является временное прекращение деления клеток. Часть клеток стволового отдела (тем большая, чем выше доза) утрачивает пролиферативную активность практически сразу после облучения. Разрушенные клетки довольно быстро удаляются. Позже начинают обнаруживаться клетки с аномалиями, связанными с нарушениями митозов: гигантские клетки, клетки с гиперсегментированным ядром, с аномальными митотическими фигурами (мосты в ана- или телофазе), хромосомные фрагменты в интерфазных клетках. Восстановление костномозгового кроветворения в облученном организме происходит на основе пролиферации сохранивших жизнеспособность стволовых клеток кроветворения.

Материалы и методы. В представленной статье случай впервые выявленной В12-дефицитной анемии, у ребенка Т. 16 лет, находившегося на лечении в ОИТДИ, с предварительным диагнозом: «Гемолитическая анемия неясного генеза».

Проведено обследование:

Общий анализ крови - анемия (эр. — 1,2 Т/л;

Hb — 35 г/л; СОЭ — 82 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз (++)).

Общий анализ мочи - лейкоцитурия, бактериурия, наличие солей. Биохимический анализ крови - гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина (билирубин общий — 53,7 мкмоль/л, прямой — 4,4 мкмоль/л, непрямой — 49,5 мкмоль/л), повышение глюкозы (9,3 ммоль/л) и АСТ (149,3 Е/л).

Антитела к вирусу гепатита С (0,093 < 0,9 СОИ) и поверхностный антиген вируса гепатита В (0,512 < 0,9 СОИ) — отрицательны.

Содержание сывороточного железа — 12,9 мкмоль/л (норма — 9-21,5 мкмоль/л).

Прямая проба Кумбса положительная, непрямая проба Кумбса отрицательная от 10.07.17г.

На ЭКГ ритм синусовая тахикардия, ЧСС — 11 ударов в минуту.

Дополнительные исследования:

Судебно-токсикологическое исследование крови и мочи больного, а также воды из колодца и воды из водоема, установлено:

1. В моче и пробе воды из колодца обнаружены соли натрия (нитриты, нитраты).

2. В крови и в пробе воды из водоема соли натрия (нитраты, нитриты) не обнаружены. От 12.07.2017г.

Определение осмотической резистентности эритроцитов от 21.07.17г. ( min 0.4 % NaCl, max 0.2% NaCl)

Миелограмма от 24.07.17г. (грудина): миелоциты: 3,5; юные: 1,0; п/я: 6,5; с/я (н): 29,0; (э): 2,5; лимфоциты: 40,75; моноциты: 3,5; нормобласты (б): 1,25; (п): 10,0; (о): 2,0. Индекс Л-Э 6,5:1. Индекс созревание нейтрофилов: 0,13. Индекс созревания эритробластов: 0,9. В данном пункте МЦК не обнаружены. Оценить функцию невозможно. Препараты костного мозга крайне бедны клеточными элементами, подсчет по 5 препаратам на 200 клеток.

Миелограмма от 28.07.17г. (грудина): бласты: 1,5; промиелоциты (н): 1,0; миелоциты (н): 2,0; юные: 0,25; п/я: 1,5; с/я (н): 6,0; (э): 1,25; лимфоциты: 0,5; моноциты: 2,0; эритробласты: 2,0; нормобласты (б): 24,0; (п): 56,0; (о): 2,0. Индекс Л-Э 0,2:1. Индекс созревание нейтрофилов: 0,4. Индекс созревания эритробластов: 0,7. МЦК росток сохранен, функция сохранена. Препараты костного мозга крайне многоклеточные, отмечается очаговость кроветворения, эритропоэз по нормобласт. типу.

Трепанобиопсия подвздошных костей: в трепанобиоптате столбик трубчатой костной ткани с выраженными артериальными изменениями, костные балки сломаны, костномозго-

вые полости сужены. В межбалочных пространствах определяется отечная жилкость, костный мозг вытеснен на периферию трепанобиоптата. Костный мозг со свежими кровоизлияниями, клеточный, с преобладанием кроветворного, представлен всеми клеточными линиями с преобладанием зрелых форм клеток. Материал крайне скудный, представлен обломками костных структур и небольшими фрагментами костного мозга. Костный мозг умеренной клеточности, с преобладанием кроветворного к жировому составляет 80% к 20% соответственно. Кроветворный костный мозг с нерезко выраженной гиперплазией эритроидного и гранулоцитарного ростка.

Заключение: гистологическая картина укладывается в картину в 12-дефицитной анемии.

Миелограмма от 28.07.17г. (правая подвздошная): бласты: 1,0; миелоциты (н): 4,25; юные (н): 2,75; п/я (н): 2,0; с/я (н): 2,0; (э): 1,75; лимфоциты: 8,5; моноциты: 2,0; плазм.кл.: 0,75; эритробласты: 0,75; пронормобласт: 1,0; нормобласты (б): 28,5; (п): 43,25; (о): 1,25. Индекс Л-Э 0,32:1. Индекс созревание нейтрофилов: 1,75. Индекс созревания эритробластов: 0,59. Костный мозг клеточный. Встречаются фигуры митоза. Эритропоэз по нормобластическому типу. Функция МЦК ростка сохранена. Отмечается очаговость кроветворения.

Миелограмма от 28.07.17г. (левая подвздошная): бласты: 0,75; промиелоциты (н): 0,75; миелоциты (н): 4,75; юные (н): 1,25; п/я (н): 1,75; с/я (н): 0,75; (э): 1,25; лимфоциты: 5,5; моноциты: 0,5; плазм.кл.: 0,5; эритробласты: 1,25; пронормобласт: 3,0; нормобласты (б): 51,75; (п): 43,25; (о): 2,75. Индекс Л-Э 0,21:1. Индекс созревание нейтрофилов: 2,7. Индекс созревания эритробластов: 0,66. Костный мозг клеточный. Встречаются фигуры митоза. Эритропоэз по нормобластическому типу. Функция МЦК ростка сохранена. Отмечается очаговость кроветворения.

Диагностика анемий от 25.07.2017г. Заказ № 92684 (Био-лайн): Железо: 16 мкмоль (норма 9-21,5); Ферритин: 32,13 нг/мл (норма 20-200); Фолиевая кислота: >20 нг/мл (норма 4,6-18,7); витамин В12: 112,6 пг/мл (норма 191-663).

Анализ мочи на желчный пигмент от 07.08.2017г.: билирубин отрицательный.

Лечение: цефтриаксон по 1,5 гр 2р/с, однократно дексаметазон 1,0, натрия тиосульфат по 5,0 3 р/с, витамин С, витамин В1 и В6, гепарин, раствор Рингера, натрия хлорид 0,9%, глюкоза 5%, эритроциты обедненные лейкоцитами, полисорб.

Результаты и обсуждения. В процессе интенсивной терапии пациента и наблюдения было получено:

- Анемия тяжелой степени;
- Повышение уровня билирубина за счет непрямой фракции;
- Повышение АСТ;
- В анамнезе ежедневное употребление колодезной воды;
- При судебно-токсикологическом исследовании, в крови соли натрия (нитраты, нитриты) не обнаружены.

На основании полученных данных можно предположить следующий диагноз:

Лептоспироз

Острое отравление метгемоглобинообразующими ядами

Воздействие радиации

Вирусный гепатит

B12-дефицитная анемия

Обсуждение: Лептоспироз. Данное заболевание встречается 0,3 случая на 100 тыс. населения. Для подтверждения необходимы данные о контакте с грызунами в анамнезе, характерные боли в икроножных мышцах, в лабораторных показателях повышение : АЛТ >41 ЕД/л; АСТ >40 ЕД/л; Vi; щелочной фосфатазы >270 ЕД/л; СОЭ и лейкоцитоз, которые не наблюдаются у нашего пациента.

Отравления цианидами. Чрезмерная токсичность цианида обусловлена его способностью реагировать с трехвалентным железом цитохромоксидазы. Образование комплекса цитохромоксидаза цианид блокирует транспорт электронов, угнетая тем самым утилизацию кислорода. Это приводит к дисфункции клеток и смерти. Со дня госпитализации у пациента сатурация была в пределах 90-95%, что опровергает возможные нарушения тканевого дыхания.

Радиационное облучение. Проявляется угнетением всех кроветворных ростков, что не характерно для нашего пациента. Также отсутствуют специфические данные в анамнезе.

Отравление метгемоглобинообразующими

ядами. Развивается картина острого гемолиза: лимонно-желтого оттенка желтуха, увеличение печени и селезенки, прогрессирующая слабость, одышка, тахикардия. В пользу этого свидетельствуют данные анамнеза (употребление колодезной воды). Клиническая картина больного соответствует проявлению данного заболевания.

Вирусный гепатит В. Характерна иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, повышение показателей АЛТ и АСТ, наличие в крови соответствующего антигена. Лабораторные данные нашего больного не соответствуют заболеванию, антитела к вирусному гепатиту В – отрицательны, показатель АСТ в пределах нормы.

B12-дефицитная анемия. Характеризуется анемией, повышение содержание билирубина за счет непрямой фракции, нарушение типа кроветворения, снижение уровня витамина B12 в сыворотке. В пользу данного диагноза свидетельствуют результаты трепанобиопсии и миелограммы.

Полученные результаты позволили установить окончательный диагноз: B12-дефицитная анемия тяжелой степени, но уникальность, на наш взгляд, клинического случая в том, что это анемия, скорее всего, вторичная, связанная с отравлением метгемоглобинообразующими ядами.

Выводы. В клинике инфекционных заболеваний, реанимации и интенсивной терапии у детей существуют ситуации, когда самый вероятный диагноз не является правильным.

В представленном, клиническом случае впервые выявлено токсическое воздействие нитратов с развитием вторичной B12-дефицитной анемии

Необходимо при оценке данных анамнеза у пациентов, поступивших из сельских районов в период удобрения полей и использующих колодезную воду помнить о вероятном отравлении и возникновении осложнений, и сложности постановки диагноза.



Чуркин Д.В.<sup>1</sup>, Ластков Д.О.<sup>1</sup>, Ляшенко Е.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница профессиональных заболеваний МЗ ДНР

## ВЛИЯНИЕ ИЗОЛИРОВАННОГО ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПРЕДШЕСТВУЮЩИМ СТАЖЕМ РАБОТЫ В УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ

Внедрение мероприятий здорового образа жизни, в том числе отказ от курения, являются важным звеном первичной профилактики заболеваний среди военнослужащих, при этом субъективная оценка достигнутого результата (улучшение самочувствия, снижение заболеваемости), а также объективные показатели (рост показателей функциональной адаптации) являются важным мотиватором позволяющим удерживать военнослужащих от рецидива табакокурения. Предшествующий профессиональный маршрут горнорабочих угольных шахт оказывает отрицательное влияние на показатели заболеваемости у военнослужащих. Выполненные для группы юношей призывного возраста исследования показали необходимость использования проадаптогенов для достижения в течение 6 месяцев показателей функциональной адаптации, сопоставимых с группой некурящих. Таким образом, изучение влияния изолированного отказа от курения табака на показатели заболеваемости в группе военнослужащих с предшествующим стажем горнорабочих, является актуальным, полученные результаты позволят добиться роста военно-профессиональной работоспособности в данной группе военнослужащих.

Курение оказывает влияние отрицательное влияние на показатели заболеваемости ОРВИ и пневмонией у военнослужащих. Стаж предшествующей работы в угольных шахтах также оказывает отрицательное влияние на показате-

ли заболеваемости ОРВИ и пневмонией у военнослужащих. Изолированный отказ от курения в течение полугода приводит к снижению количества эпизодов ОРВИ, снижению количества осложненных форм ОРВИ, снижению количества эпизодов внебольничной пневмонии, продолжительность эпизода ОРВИ и эпизода пневмонии не изменяются. Изменяется структура осложненных форм ОРВИ с преобладанием синуситов над фарингитами. Индекс адаптации по Гаркави Л.Х. до начала исследования в группе курящих отражает предельное напряжение адаптационных механизмов. Спустя 6 месяцев отмечаются достоверные различия с группой продолжающих курить, сохраняются достоверные различия с группой некурящих военнослужащих и группой военнослужащих без предшествующего стажа горнорабочих. Показатель расходов на лекарственное обеспечение военнослужащих спустя 6 месяцев различался с группой продолжавших курить, отсутствовали достоверные различия с группой некурящих военнослужащих. Изолированный отказ от курения табака в группе военнослужащих с предшествующим стажем подземных работ в угольных шахтах является недостаточно эффективным мероприятием первичной профилактики ОРВИ и пневмонии. Является обоснованным применение у бросающих курить военнослужащих лекарственных средств и биологически активных добавок обладающих проадаптивным действием.

Шано В.П., Демчук О.В., Гуменюк И.В.

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк*

## НАУКА ПОБЕЖДАЕТ ПОЛИОРГАНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Среди составляющих полиорганных нарушений (ПОН) в первую фазу послеоперационной болезни острое послеоперационное почечное повреждение (ОППП) имеет первоочередное значение. Это проявление ПОН наблюдается у 30 – 50% оперированных и сопровождается летальностью вплоть до 80%, что в десятки раз выше, чем при отсутствии ОППП.

Важной причиной этого является несвоевре-

менность и неадекватность диагностики ОППП на основании традиционного использования показателей креатинина и мочевины. Эти показатели не отражают степень тяжести повреждения почек, что приводит к несвоевременному проведению интенсивной терапии, включая активные методы.

Тактика использования для диагностики острог послеоперационного почечного повреж-

дения так называемых «почечных тропонинов», включая цистатин, NGLA, интерлейкин – 18 и, соответственно этому, заместительную почечную терапию, включая гемодиализ, гемофильтрацию с использованием технологий «Призма», «Аквариус», «Genius» и других имеет, как минимум, две проблемы. Во-первых, это низкая доступность в связи с экономическим и техническим кризисом, так как эта техника требует 50 – 60% затрат от финансирования всего лечебного процесса. Во-вторых, заместительная почечная терапия не является патогномичным методом профилактики и лечения острого послеоперационного почечного повреждения. Это обусловлено, в частности, тем, что повреждающими почечными факторами в первую фазу послеоперационной болезни являются высокомолекулярные соединения такие, как свободный гемоглобин 16 – 300.000 Д; интерлейкины - про и противовоспалительные 17.000 – 45.000 Д; бета – 2

макроглобулин 11.800 Д; молекулы клеточной адгезии 55.000 Д; гаптоглобулин 140 – 320.000 Д; тромбоцитарный тромбопластин 660.000 Д; продукты консервации крови 60.000 Д; миоглобин 17.000 Д; продукты недоокисленного лактата 171.000 Д; пируват 64.000 Д.

В связи с этим патогномичным методом упреждающей детоксикации, направленным на снижение пиковой концентрации факторов развития полиорганных нарушений является дискретный плазмаферез. Через 6 часов после операции при установленных показателях внутрисосудистого гемолиза 0,50 г/л и выше, BE «-6» и меньше, выполняют дискретный плазмаферез. Это позволяет уменьшить время проведения искусственной вентиляции легких, стабилизировать показатели гемодинамики, устранить полипрогмазию, сократить время пребывания в отделении интенсивной терапии.

**Шано В.П., Гуменюк И.В., Демчук О.В., Гайдаш Л.Л., Посталюк И.Г.**

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк*

## **НАУКА ПОБЕЖДАТЬ МАССИВНУЮ ВНУТРИОПЕРАЦИОННУЮ КРОВОПОТЕРЮ**

Метод аллотрансфузии применяемый более 70 лет как стандарт восполнения внутриоперационной кровопотери II-IV классов не обеспечивает как во время операции, так и в послеоперационном периоде целевые значения гемодинамики, гемограммы, не предупреждает развития внутрисосудистого гемолиза с формированием острого послеоперационного повреждения почек (ОППП) и определяет 80% послеоперационную летальность. Это связано с тем, что массивная кровопотеря является фактором агрессии, приводящая к комбинированной гипоксии, а применяемая аллотрансфузия сопровождается увеличением числа осложнений иммунного и неиммунного характера, включая острый внутрисосудистый гемолиз, гипертермию, некардиогенный отёк лёгких, острую сердечно-сосудистую недостаточность, синдром капиллярной утечки, острое послеоперационное повреждение почек, синдром полиорганных нарушений.

Для устранения недостатков аллотрансфузии существуют научно - обоснованные виды аутоотрансфузии, включая предоперационное и интраоперационное резервирование компонентов аутокрови, «импровизированную» реинфузию, технологию Cell Saver.

У 407 больных с внутриоперационной кро-

вопотерей проведено ретроспективное, обсервационное, неконтролируемое, когортное исследование, определившее дифференцированный выбор метода восполнения кровопотери в зависимости от ее объёма.

Установлено, что при кровопотере II класса – 1127 мл дооперационное резервирование цельной крови с разделением её на компоненты (аутоэритроциты и аутоплазму) позволяет отказаться от аллогенных компонентов крови. Восполнение внутриоперационной кровопотери II класса 1449 мл технологией «импровизированная» реинфузия  $6,2 \pm 0,1$  мл/кг с аллотрансфузией позволяет сократить объём аллотрансфузии на 40-60%, обеспечивая удовлетворительные показатели гемодинамики, гемограммы, почечной функции и не требует дополнительной коррекции.

При кровопотере III-IV класса 1656 – 5856 мл технология пред- и интраоперационного резервирования аутокрови технически маловыполнима из-за объёма и темпа кровопотери, а технология «импровизированной» реинфузии с аллотрансфузией не устраняет дефицит «утраченной» крови на 60-70% и не обеспечивает целевых значений показателей гемодинамики, гемограммы, почечной функции, сопровождается массивным введением компонентов аллоген-

ной крови от 5-7 доноров, проведением гипертонической гемодилюции, что сопровождается развитием острого послеоперационного повреждения почек и определяет высокую послеоперационную летальность.

Поэтому альтернативой восполнения внутриоперационной кровопотери III-IV класса является технология аутоотрансфузии Cell Saver, включающая возврат «аппаратноочищенной» аутокрови  $17,4 \pm 1,6$  мл/кг в сочетании с изоволемической антигипоксической гемодилюцией

$36,4 \pm 1,2$  мл/кг. Данная технология обеспечивает целевые значения показателей гемодинамики, гемограммы, показателей почечной функции, исключает применение донорской эритроцитарной массы, предупреждает развитие ОППП, снижает послеоперационную летальность.

Таким образом, рациональное сочетание технологий восполнения кровопотери нивелирует отрицательные стороны стандартной аллотрансфузии.

**Шаталов А.Д., Дудин А.М., Межаков С.В., Коссе Д.М., Войтюк В.Н.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

## **РОЛЬ ФИБРОХОЛАНГИОСКОПИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

Цель работы - улучшить результаты лечения больных с калькулезным холециститом и холедохолитиазом (КХХДЛ) путем внедрения одноэтапного лапароскопического метода с применением интраоперационной фиброхолангиоскопии (ИФХС).

Материалы и методы. Проанализированы результаты одноэтапного лапароскопического лечения за последние 6 лет у 48 пациентов с КХХДЛ, у которых применена ИФХС. Среди них было 33 женщины и 15 мужчин в возрасте от 27 до 68 лет. Обтурационная желтуха осложнила течение жёлчекаменной болезни у 16 (34,2%) больных, холангит наблюдался у 12 (25,3%). Применяли фиброхоледохоскоп «Charg» (Германия), видеолапароскопическую технику и инструменты фирмы «Karl Storz» (Германия). Показаниями для проведения ИФХС явились: предоперационные признаки билиарной гипертензии (повышение показателей билирубина, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтрансферазы, наличие желтухи или холангита, расширение общего жёлчного протока (ОЖП) более 8 мм по данным ультразвукового исследования), а также данные визуального осмотра ОЖП во время операции.

Результаты и обсуждение. В клинике после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), интраоперационной холангиографии, фиброхолангиоскопия выполнялась в двух вариантах: через разбуживанный пузырный проток с помощью баллонноангиодилататора (35) или через холедохотомное отверстие (13). Холангиоскопию начинали с ревизии дистального отдела ОЖП, а затем осматривали проксимальные отделы билиарной системы. При осмотре фатерова сосочка оценивали проходимость, наличие

изменений слизистой, конкрементов, замазкообразной массы. У 46 пациентов были выявлены конкременты в дистальном отделе ОЖП, у 2 - сочетание внутривенного литиаза с конкрементами в ОЖП, у 6 - стеноз фатерова сосочка.

У 42 пациентов удалось удалить конкременты через пузырный проток с помощью корзинки Dormia, в 5 - путём «сцеживания» через холедохотомическое отверстие. У 1 больной при «вклиненном» камне в супрапипиллярной части общего желчного протока (ОЖП) выполнена конверсия с открытой холедохолитотомией. После ХЭ, холедохоскопии и холедохолитоэкстракции в 40 случаях ОЖП дренирован по Холстеду-Пиковскому, у 8 больных наложен шов ОЖП.

В послеоперационном периоде не было выраженного болевого синдрома, пареза кишечника, нарушения функции внешнего дыхания. На 2-й день пациенты активизировались. Наблюдали 3 осложнения - жёлчеистечение по улавливающим дренажам, самостоятельно прекратившихся на 6 сутки. Летальных исходов не было. Пациенты были выписаны на 6-7 сутки после операции.

Выводы. На современном этапе одноэтапные методы лапароскопического лечения КХХДЛ являются менее травматичными и более физиологическими, позволяют сохранить сфинктерный механизм большого дуоденального сосочка. Применение по показаниям ИФХС при лапароскопических операциях у больных с осложнённой жёлчнокаменной болезнью является обязательной частью оперативного лечения, что позволяет сократить объём и время операции, качественно улучшить состояние больных, сократить срок госпитализации.

**Шаталов А.Д., Дудин А.М., Межаков С.В., Пархоменко А.В., Литвинова А.С.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

Цель работы – сравнительная оценка малоинвазивных и лапаротомных способов хирургического лечения у пациентов с непаразитарными кистами печени (НКП).

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 138 пациентов с НКП, которые лечились в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за последние 10 лет. Среди них было 102 (74,0%) женщины и 36 (26,0%) мужчин в возрасте от 19 до 78 лет. Размеры кист печени составляли от 4 до 18 см в диаметре. Кисты локализовались в правой доле печени у 99 (71,7%) чел., в левой – у 39 (28,3%) чел. Все пациенты распределены на 3 группы: пункционное лечение – 63, лапароскопические операции – 45, лапаротомные операции – 30. В каждой группе выделены по 2 подгруппы: 1 – которые лечились по модифицированным способам и 2 – которым выполнены стандартные операции. Для уточнения диагноза применяли следующие методы исследования (в различных сочетаниях): клинко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, лапароскопию, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого из кист печени. Для лапароскопии и вмешательств под её контролем использовали аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «KarlSTORZ» (Германия).

Результаты и обсуждение. В 63 случаях проведена пункция кисты под контролем УЗИ, аспирация содержимого, обработка эпителиальной выстилки этанолом, введение в полость кисты Фибровейна. При кистах печени, расположенных в глубине паренхимы целесообразных отдаленных результатов на 16,7%.

но применять пункционный метод лечения. После такого лечения у 5 чел. наблюдались различные осложнения. Лапароскопические операции выполнены в 45 случаях, в 28 из них применены модифицированные методики. В 2 случаях было незначительное жёлчеистечение из дренажа. У 30 пациентов выполнены лапаротомные операции: удаление кист – 21, перицистэктомия – 6, фенестрация кисты, наружное дренирование – 2, резекция кисты, оментопексия – 1. После лапаротомных операций различные послеоперационные осложнения наблюдались у 6 (20%) больных. У 34 пациентов успешно применён разработанный в клинике «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент № 82354 от 27.07.2013 г.), у 28 – «Способ резекции паренхиматозного органа» (патент № 81922 от 10.07.2013 г.); у 18 – «Способ анатомической резекции паренхиматозного органа» (патент № 86324 от 25.12.2013 г.).

По нашим данным, малоинвазивные и модифицированные способы лечения позволяют значительно улучшить результаты лечения. За последние 5 лет количество послеоперационных осложнений уменьшилось на 7,6%. Умер 1 пациент 76 лет после тромбоза боковой артерии.

Заключение. Таким образом, при непаразитарных кистах печени операции целесообразно выполнять в специализированных гепатологических хирургических центрах, с применением разработанных в клинике модифицированных способов. Это позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений на 7,6% и увеличить количество хороших и удовлетворитель-

**Шестопалова А.Д., Белоненко Г.А., Гринцов А.Г.**

*Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НЕЛАКТАЦИОННОМ МАСТИТЕ**

«Нелактационный мастит» - воспалительные изменения груди (ВИГ) - актуальная проблема клинической хирургии с учетом их распро-

страненности, определенных диагностических трудностей и не всегда удовлетворительных лечебных результатов. Нелактационные маститы



(НЛМ) занимают третье место после кист и фиброаденом, а их частота составляет 12,0-19,3% среди доброкачественных поражений груди.

Традиционное хирургическое лечение гнойного «нелактационного мастита» путем первичной хирургической обработки (вскрытия) гнойного очага без учета нозологической формы сопровождается длительной (до 6-18 койко-дней) госпитализацией, возникновением рецидивов и неудовлетворительных косметических результатов, дополнительными финансовыми затратами. С другой стороны, индивидуальный дифференцированный подход к отдельным нозологическим формам НЛМ с использованием современных технологий позволяет избежать госпитализации, улучшить эстетические последствия, сохранить бюджетные средства.

Проанализированы результаты диагностики и лечения 452 женщин с воспалительными изменениями груди, не связанными с беременностью и лактацией. Установлено, что НЛМ имеют разнообразную структуру: кисты с воспалением (36,7%), перипротоковые маститы (32,1%), абсцессы (11,3%), гнойные галактофориты (12,9%), маститоподобный рак (7,2%).

В диагностике НЛМ приоритетным является ультразвуковой метод, который позволяет структурировать патологию, изучить топографию гнойников, визуально контролировать малоинвазивные лечебно-диагностические вмешательства, например, при абсцессах и кистах. Средние сроки лечения кист составили  $5,6 \pm 0,6$  дней, абсцессов после аспирации -  $7,9 \pm 0,5$  дней, после дренирования -  $12,2 \pm 1,4$ .

**Мельник Ю.А., Ковыршина Е.Е.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

## **ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ**

Ишемическая болезнь сердца является одной из наиболее частых причин развития сердечной недостаточности. Обычно важнейшим моментом, определяющим становление и прогрессирование сердечной недостаточности у больных ИБС, является перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) с последующим развитием постинфарктного ремоделирование левого желудочка (ПИРМ ЛЖ) сердца.

Цель исследования – установить факторы риск развития ПИРМ ЛЖ на основании анализа результатов комплекса лучевых методов диагностики: эхокардиографии (ЭхоКГ), мульти-

При гнойных галактофоритах эффективен способ визуально контролируемого ретроградного дренирования и санации молочных синусов. Средние сроки лечения составляют  $7,6 \pm 0,8$  суток.

Гнойно-воспалительные заболевания груди вне периода лактации требуют индивидуального дифференцированного лечебно-диагностического подхода с учетом ультразвуковой (эхографической) семиотики патологического процесса.

Альтернативные малоинвазивные визуально контролируемые пункционно-дренажные вмешательства целесообразны и выполняются в случаях кист и абсцессов при условии их четкой визуализации с помощью диагностического ультразвука.

Гнойно-воспалительные процессы молочных протоков (перидуктальный маститы и гнойные галактофориты) подлежат преимущественно консервативному лечению с применением антибактериальных и противовоспалительных препаратов, иммуностимуляторов, а в необходимых случаях - ретроградного дренирования молочных протоков под ультразвуковым контролем.

У женщин старшего репродуктивного и менопаузального возраста после ликвидации острых воспалительных явлений необходимо проводить комплексную диагностику состояния груди для установления морфологического и особенно онкологического основания воспалительного процесса.

спиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца.

Методы исследования. Обследовали 106 больных (61 М: 45 Ж, возраст  $64,2 \pm 9,6$  года), перенесших инфаркт миокарда (ИМ) (Q-ИМ 66 больных), сроки наблюдения –  $17,4 \pm 4,2$  месяцев. Всем выполняли ЭхоКГ в динамике («HDI 5000», «ACUSON»); 86 – МСКТ («Brilliance 64»), а 32 – МРТ («Ingenia»). ПИРМ ЛЖ констатировали при развитии значимой дилатации ЛЖ (увеличение индекса конечно-систолического объема (ИКСО) ЛЖ на  $\geq 10\%$  по сравнению с исхо-

дным) и/или существенного снижения его систолической функции (снижением фракции выброса (ФВ) ЛЖ – на  $\geq 5\%$  от исходного). Применяли методы параметрической и непараметрической статистики. Различия считали достоверными при значениях  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. ПИРМ ЛЖ по данным ЭхоКГ отмечено у 41 (38,7%) из 106 больных. Лица, имевшие ПИРМ ЛЖ, в сравнении с теми, у которых в течение периода наблюдения его не отмечено, более часто имели Q-ИМ (82,9 % против 49,2 %,  $p < 0,05$ ), его переднюю локализацию (70,7 % против 49,2 %,  $p < 0,05$ ), АГ (73,1 % против 64,6 %,  $p < 0,05$ ), снижение функции почек (43,9 % против 21,5 %,  $p < 0,05$ ), сахарный диабет (60,9 % против 12,3 %,  $p < 0,05$ ) и клинические проявления ХСН (53,6 % против 19,6 %,  $p < 0,05$ ).

ПИРМ ЛЖ имело место у 34 (39,5 %) из 86 больных, которым в начале наблюдения проводилась МСКТ. Среди этих больных в сравнении с теми, у кого не было ПИРМ ЛЖ, чаще были 2- и 3-х сосудистые поражения (суммарно 82,5 % против 46,1 %), выше средние уровни кальциевого индекса ( $520,2 \pm 136,8$  HU против  $390,4 \pm 114,7$  HU) и средняя протяженность атеросклеротических бляшек ( $28,7 \pm 9,8$  мм против  $15,5 \pm 10,3$  мм) (все  $p < 0,05$ ).

Среди 32 пациентов, которым была проведена МРТ, ПИРМ ЛЖ развилось у 15 (46,8 %) боль-

ных; у них чаще при отсроченном контрастировании с гадолинием имело место наличие зон контрастирования, превышающих 50 % толщины миокарда ЛЖ (80,0 % против 5,9 %) и нарушения локальной сократимости в 3 сегментах и более (73,3 % против 11,8 %), (все  $p < 0,05$ ).

Выявлено статистически значимое повышение риска развития ПИРМ ЛЖ в группе больных в возрасте 55 лет и старше – ОР 1,8 (ДИ: 1,1-2,9); при наличии передней локализацией ИМ – ОР 2,1 (ДИ: 1,6-2,5); сахарного диабета – ОР 2,4 (ДИ: 1,2-2,9); с исходными региональными нарушениями движения стенок ЛЖ по данным ЭхоКГ – ОР 1,9 (ДИ: 1,4-2,3); наличием кальциевого индекса более 500 HU по данным МСКТ – ОР 2,2 (ДИ: 1,6-2,9) и глубиной поражения миокарда более 50 % толщины стенки ЛЖ по данным МРТ – ОР 2,8 (ДИ: 1,7-3,9), (все  $p < 0,05$ ).

Выводы: современные лучевые методы диагностики являются точными, информативными неинвазивными методами, позволяющими оценить процессы ПИРМ ЛЖ. Факторами риска развития такого ремоделирования, по данным комплекса лучевых методов его диагностики, являются возраст пациента, передняя локализация ИМ, наличием сахарного диабета, исходные показатели нарушения движения стенок ЛЖ, кальциевый индекс и глубина поражения миокарда.

**Якимович С.Е., Соцкая Я.А.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»*

## **ПОКАЗАТЕЛИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Введение. Наибольшую опасность для общественного здравоохранения представляют вирусные гепатиты с гемоконтактным и вертикальным механизмами передачи, в частности вирусный гепатит В. Установлено, что при сочетании хронического вирусного гепатита В с хроническим некалькулезным холециститом наблюдается дезорганизация биохимических процессов и накопление в крови патологических продуктов обмена веществ, обуславливающие развитие так называемой «метаболической интоксикации». Поэтому мы посчитали актуальным изучить состояние показателей энергетического метаболизма у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита.

Цель работы. Изучить и проанализировать динамику показателей энергетического метаболизма у больных ХВГВ на фоне ХНХ под влиянием комбинированного лечения с использованием современных препаратов ремаксол и гепатосана.

Материалы и методы исследования. Нами было сформировано две группы пациентов – основная (50 пациентов) и сопоставления (52 пациента), рандомизированных по полу, возрасту, тяжести течения заболевания, которые в процессе обострения воспалительного процесса в гепатобиллиарной системе получали стационарное лечение в ГУ «ЛГМБ №4». Пациенты основной группы дополнительно в комплексе лечения получали ремаксол по 400,0 мл еже-

дневно внутривенно капельно в течение двух недель и гепатосан по 0,4 г (2 капсулы) 2 раза в день в течение двух недель.

Показатели энергетического метаболизма оценивали исходя из уровня макроэргических соединений в гемолизате отмытой суспензии эритроцитов больных методом тонкослойной хроматографии. Нами определялись содержание АТФ, АДФ и АМФ в ммоль/л, а также вычисляли энергетический заряд эритрона (ЭЗЭ) как соотношение АТФ/(АДФ+АМФ).

Полученные результаты и их обсуждение. До начала проведения лечения достоверно установлены существенные сдвиги со стороны показателей энергетического метаболизма и, прежде всего, адениловой системы. Наибольшую значимость имело значительное снижение содержания аденозинтрифосфата (АТФ) в кро-

ви обследованных больных, в то время как уровень других макроэргических соединений (АДФ и АМФ) повышался, то есть формировался дисбаланс различных адениловых нуклеотидов у пациентов с ХВГВ, протекающего на фоне ХНХ.

Кроме того, отмечена низкая эффективность общепринятых методов терапии с точки зрения восстановления состояния энергетического метаболизма в лечении больных ХВГВ на фоне ХНХ, поскольку нормализации изученных показателей не происходит.

Выводы. Считаем патогенетически обоснованным включение в комплекс терапии больных ХВГВ в сочетании с ХНХ комбинации современных препаратов ремаксол и гепатосан, так как у большей части больных происходит нормализация изученных показателей адениловой системы в сыворотке крови.

Яковчук Е.Д.<sup>1</sup>, Пенина Г.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3», Сыктывкар

<sup>2</sup>ФБГОУ ДПО СПбИУВЭК, Санкт-Петербург

## ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕВЕРЯН С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ L-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТА

Цель. Оценка качества жизни у северян с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) на фоне терапии препаратом L-лизина эсцината.

Методы исследования. В работе по анализу терапии препаратом L-лизина эсцината был использован опросник SF-36. Опросник оценивает физическое, ролевое, социальное, эмоциональное функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, психологическое здоровье. Опросник имеет шкалы, результаты которых выражаются в процентах (норма-100%).

Результаты. L-лизина эсцината в составе комплексной терапии по 5,0 мл на 100,0 мл 0,9% натрия хлорида внутривенно капельно получали 16 человек. Через 10 дней проводилось повторное тестирование всех пациентов.

Женщины (14 человек) в изучаемой группе количественно преобладали над мужчинами (2 человека), 87,5% и 12,5%, соответственно, различия статистически значимы ( $p \leq 0,05$ ). Средний возраст пациентов с ДЭ составил 62 (44;78) лет.

Распределение по стадиям ДЭ: ДЭ 1 стадии в КБ-62,5%, ДЭ 2 стадии в КБ-37,5%, ДЭ 3 стадии в КБ-0%, ДЭ в ВБ не были выявлены в данной группе. Артериальная гипертензия (АГ) 1 стадии констатирована у 6,25% пациентов, АГ 2 стадии-43,75%, АГ 3 стадии-25%, у остальных АГ не было выявлено.

С помощью опросника качества жизни SF-36 самое низкое значение по шкале было обнаружено по показателю «ролевое функционирование» - 12,5 (0;100), хотя физическое функционирование страдало меньше - 70 (15;95), как и социальное функционирование 50,0 (12,5;75), что говорит о приближении показателей этих параметров к среднестатистическому значению. Численное выражение показателя «общее здоровье» было снижено в 2 раза и составило 65 (50;80), отмечено снижение значений по шкале «жизнеспособность» до 60 (45;75) и показателей психологического здоровья -64 (50;72). Показатели эмоционального функционирования не были снижены - 100,0 (0;100). Показатель «боль» был представлен в основном головной болью и составил 50 (30;70).

После курса терапии препаратом L-лизина эсцината некоторое улучшение достигнуто по показателю «боль» 35 (0;60),  $p \leq 0,05$ , а также незначимое улучшение по показателю «социальное функционирование»-43,7 (12,5;75). По остальным параметрам показатели оставались на прежнем уровне.

Выводы. Среди обследованных пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией чаще выявлено выраженное нарушение ролевого функционирования при сравнительно небольшом огра-

ничении физического и социального функционирования. Общее здоровье было снижено примерно в два раза. После лечения препаратом

L-лизина эсцината улучшились такие показатели как «боль», «социальное функционирование».

Яковчук Е.Д.<sup>1</sup>, Пенина Г.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3», Сыктывкар

<sup>2</sup>ФБГОУ ДПО СПбМУЭЖ, Санкт-Петербург

## ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ ИЗ РЕСПУБЛИКИ КОМИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ L-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТ

Цель: оценить клинические эффекты препарата L-лизин эсцинат у северян с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) на примере республики Коми.

Материалы и методы: в условиях стационара обследовано 16 пациентов (жители республики Коми) с ДЭ, оценивались клинические проявления данной нозологической формы на фоне комплексной терапии L-лизина эсцината по 5,0 мл на 100,0 мл 0,9% натрия хлорида внутривенно капельно. Через 10 дней проводилось повторное тестирование всех пациентов.

Результаты: возраст пациентов в обследуемой группе составил 62 (44;78) лет. Уроженцы республики Коми составили 31,3% (5 человек), остальные 68,7% (11 человек)-переселенцы из других районов. Распределение по стадиям ДЭ: ДЭ 1 стадии в КБ-62,5%, ДЭ 2 стадии в КБ-37,5%, ДЭ 3 стадии в КБ-0%, ДЭ в ВБ не были выявлены в данной группе. Артериальная гипертензия (АГ) 1 стадии констатирована у 6,25% пациентов, АГ 2 стадии-43,75%, АГ 3 стадии-25%, у остальных АГ не было выявлено. Жалобы на периодические головные боли до курса

терапии выявлены у 100% пациентов, несистемное головокружение-93,7%, тревога-25%, эмоционально-волевая неустойчивость-12,5%, шум в голове-62,5%, шум в ушах-68,7%, нарушение памяти-37,5%, нарушение сна-37,5%. При оценке неврологического статуса мимопадание при пяточноколенной пробе справа визуализированы у 31,3% пациентов, слева-37,5%. После курса терапии жалобы на головные боли составили 37,5%, несистемное головокружение-37,5%, тревога-0%, эмоционально-волевая неустойчивость-0%, шум в голове-31,3%, шум в ушах-37,5%, нарушении памяти-37,5%, нарушение сна-0%. При сравнении группы до и после лечения  $p \leq 0,05$ . После курса лечения при оценке неврологического статуса мимопадание при пяточноколенной пробе справа визуализированы у 6,3% пациентов, слева-25%,  $p \leq 0,05$ .

Выводы: при лечении северян с ДЭ L-лизином эсцинатом прослеживается тенденция к достоверному уменьшению частоты жалоб на головные боли, головокружение, тревогу, шум в голове и ушах, нарушение памяти, нарушение сна.