

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»



**МАТЕРИАЛЫ**

**II МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
ФОРУМА ДОНБАССА**

**«НАУКА ПОБЕЖДАТЬ... БОЛЕЗНЬ»**

**14-15 ноября 2018  
г. Донецк**

## Содержание

Абрамов В.А. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В ПСИХИАТРИИ.....	16	Бабюк И.А., Евтушенко Е.И., Фирсова Г.Е., Эль Хатиб М.А. О ЗНАЧЕНИИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ СОМАТО- ФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДГОТОВКЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ И ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ .....	23
Абрамов В.Ал., Голоденко О.Н. ВЛИЯНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	16	Бабюк И.А., Евтушенко Е.И. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДЕТЕРМИНИЗМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ УРБАНИЗИРОВАННОГО РЕГИОНА... ..	23
Агарков В.И., Лихобабина О.А., Бугашева Н.В. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРО- СТРАНЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕ- ЛЕНИЯ ДОНБАССА. ....	17	Багрий А.Э., Хоменко М.В., Салоникиди А.И. К ВОПРОСУ О ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ЭТАПОВ ДИА- ГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ: ПОЗИЦИИ ТЕРАПЕВТА И ИНФЕКЦИОНИСТА.....	24
Алешина Р.М., Пархомчук Д.С., Лейкина В.В., Лактионова Т.С. ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ .....	17	Багрий А.Э., Хоменко М.В., Щукина Е.В., Ефременко В.А. ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	25
Альмешкина А.А. ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ИНДИКАТОР ЦЕЛОСТ- НОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТИ .....	18	Баздырева Ю.А., Чуприна Е.И., Буканов Е.К. ПОРТФОЛИО КАК НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ФОР- МИРОВАНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА БУДУЩЕ- ГО СПЕЦИАЛИСТА .....	25
Андреев Р.Н., Серажим А.Г., Ермаченко А.Б., Садеков Д.Р. ВЛИЯНИЕ ХИМИЧЕСКОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕР- НОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА.....	19	Башеев В.Х., Мутьк М.Г., Балабан В.В. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ. КАК МЫ ЭТО ДЕЛАЕМ .....	26
Андриенко В.В., Кучеров С.А., Башмаков А.М. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОВАЗАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧ- НОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	19	Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И., Клименко В.А. ВАРИАНТЫ И ПРИЧИНЫ МИГРАЦИИ СЕТЧАТЫХ ПРО- ТЕЗОВ В ГЕРНИОРАФИИ. РЕДКИЕ СЛУЧАИ ИЗ СОБ- СТВЕННОЙ ПРАКТИКИ.....	26
Андропова М.А., Д.Ю. Сайко, Е.А. Статинова, Зверева Т.С. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ ПАРКИНСОНИ- ЧЕСКОГО СИНДРОМА .....	20	Белинский В.В., Якиревич И.А., Попов А.С. ОСОБЕННОСТИ МЕЖГОСПИТАЛЬНЫХ ТРАНСПОРТИ- РОВОК БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ С МНОГОФАК- ТОРНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ.....	27
Антонюк О.С., Сомов А.Д., Гайдаш Л.Л., Голубицкий К.О. ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОН- ТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ.....	21	Беседина Е.И., Демкович О.О., Акимова Л.С., Говжеева Л.П., Давыдова А.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ЭПИД- НАДЗОРА ЗА ИЕРСИНИОЗОМ .....	28
асс. Ахмедов Э.Н., доц. Филимонов Д.А., асс. Марусиченко Е.А., доц. Кардашевская Л.И. СИНДРОМ «РИГИДНОГО ЧЕЛОВЕКА» КАК РАННЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИ- НИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ).....	21	Беседина Е.И., Демкович О.О., Каленчук Н.Л., Гричулевич Н.Б., Нецверт Е.Н., Ткаченко И.М. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИ- КИ, ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЕЕ ЭЛИМИНАЦИИ.....	29
Бабюк И.А., Евтушенко Е.И., Фирсова Г.Е., Ракитянская Е.А. ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ПРЕПОДАВА- НИЯ ОСНОВ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДПСИХОЛОГИИ .....	22	Беседина Е.И., Каленчук Н.Л., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Зятьева А.П., Ермаков И.Р. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕУПРАВЛЯЕМЫМИ КАПЕЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В Г. ДОНЕЦКЕ .....	29
Бабюк И.А., Титиевский С.В., Евтушенко Е.И., Побережная Н.В. О ПРОБЛЕМАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ .....	22	Беседина Е.И., Коцюрба А.Р., Бобров А.А., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Рогова О.Р. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОТНОШЕНИИ ТУ- БЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. МАКЕЕВКЕ .....	30
Бабюк И.А., Титиевский С.В., Евтушенко Е.И., Черепков В.Н. О СПЕЦИФИКЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПСИХОТЕРАПИЯ» .....	23		

Беседина Е.И., Мельник В.А., Коцюрба А.Р., Бобров А.А., Лыгина Ю.А., Курышева О.А. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	31	Вакуленко И.П., Винников С.Ю. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В СОННЫХ АРТЕРИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.....	39
Беседина Е.И., Зяблицев Д.В., Бублик Я.В. К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРИНЦИПОВ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ» РУКОВОДИТЕЛЯМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	31	Вакуленко И.П., Кузьменко О.О. ИНТЕГРАЦИЯ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ.....	39
Бестаев Г.Г., Слепушкин В.Д. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ РОКУРОНИЯ БРОМИДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ У КУРИЛЬЩИКОВ.....	32	Вакуленко И.П., Фоминов В.М. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБНАРУЖЕНИИ СООБЩЕНИЯ ЖИДКОСТНОГО ОЧАГОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ С ВНУТРИПЕЧЁННЫМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИМИ ПУТЯМИ.....	40
Бойченко А.А. ВОЗМОЖНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИКТИМИЗИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	33	Василенко М.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	40
А.В. Борота, В.Н. Ходырев, А.С. Кутенец, Л.Н. Старцева РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	33	Васильев В.А., Селиванова Е.С., Брюханов В.М. АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЕЦ ДЕТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....	41
Бочко Е.Г. ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ТАЛЛИЕМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА.....	34	Васильева Л.В., Мурейси К.А., Кулиш А.И. ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МЕДИАЛЬНОГО СОСОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ОТКРЫТОМ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОМ КАНАЛЕ У ДЕТЕЙ.....	41
Брежнева Е.Б., Верник Г.В., Любоява А.В. РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	34	Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Мякоткина Г.В., Соколова Н.А., Стрекозова И.П., Дубовая Л.И. РЕНГАЛИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	42
Бубликова А.М., Шевченко В.В., Прокопенко Е.Б. «ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ МИРАПЕКСОМ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА».....	35	Ватутин Н.Т., Тарадин Г.Г., Стехина К.В. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ГО ЭНДОКАРДИТА.....	42
Бугаенко О.А., Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Бондаренко Г.Г., Головченко Н.Н. НАРУШЕНИЯ ПРОДУКЦИИ СЕРОТОНИНА У ДЕТЕЙ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ИХ ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ.....	36	Ващенко А.В., Зятева А.П. ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССОВ И ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ).....	43
Букановская Т.И., Бексултанов Р.Р. ОТНОШЕНИЕ К ТРУДНОСТЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	36	Ветров С.Ф., к.м.н., Алиев А.Ю. К ВОПРОСУ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ ТРУДА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА ПЕРИОД 2017-2020 ГГ.....	43
Былым Г.В., Подоляка Д.В., Тутов С.Н. ОСОБЕННОСТИ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	37	Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М. ОСОБЕННОСТИ «Я-КОНЦЕПЦИИ» ЛИЧНОСТИ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	45
Вагина Ю.И., Победенная Г.П., Скиба Т.А. ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭЙКОЗАНОИДОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....	38	Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М. КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	45
Вакуленко И. П., Первак М. Б., Оборнев А. Л., Котлубей Е. В., Губенко О. В. ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА КАК СРЕДСТВО УПРАВЛЕНИЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТОЙ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	38	Витрищак С.В., Савина Е.Л., Санина Е.В., Сичанова Е.В., Клименко А.К. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ КУРОРТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....	46
		Воеводина В.С. РЕАЛИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К ОКАЗАНИЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	47

Воропаев В.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ..... 47	Гринцов А.Г., Куницкий Ю.Л., Антонюк С.М., Христуленко А.А., Кучеренко Е.А., Куницкая Е.В. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА ..... 56
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Клименко А.И., Лахно О.В. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА НА ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА..... 48	А.Г.Гринцов, А.А.Христуленко, Ю.Л.Куницкий, Т.Г.Кирьякулова. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ХИРУРГИИ СТУДЕНТАМ-СТОМАТОЛОГАМ..... 57
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Остапенко В.И. МОДЕЛЬ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА ..... 48	А.Г.Гринцов, А.А.Христуленко, Ю.Л.Куницкий, Т.Г.Кирьякулова. ЭКЗАМЕН ДЛЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ..... 58
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Лахно О.В. АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ..... 49	Грядущая В.В., Арефьев В.В. VАС-ТЕРАПИЯ – МЕТОД ПОДГОТОВКИ РАН К ИХ ПЛАСТИЧЕСКОМУ ЗАКРЫТИЮ..... 58
Гаргат Е.А., Филатов Д.А., Роечко Г.Н., Стадник А.Д., Баранова В.В. ВОЗМОЖНОСТИ МОДУЛЯЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕСС-ОТВЕТА ПРИ ВЫСОКОТРАВМАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ВО ФТИЗИОТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ..... 50	Губанова О.И., Долгополов А.М., Демченко С.С., Демченко Е.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РЕТЕНЦИИ КЛЫКОВ ..... 59
Глотов А.В., Кондаков М.Д., Аль Баргути Р.А. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОСТГАСТРЭКОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА..... 51	Гуренко А.А., Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Колесникова В.В. К ВОПРОСАМИ ПРОБЛЕМАМ ПРЕМЕДИКАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ..... 60
Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю., Бугаенко О.А., Друпова В.И. ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК..... 51	Гуренко А.А., Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Колесникова В.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОСТРОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ И НОВЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ИЗВЕСТНОЙ ПРОБЛЕМЫ ..... 60
О.Н. Голоденко, В.Ал. Абрамов МЕХАНИЗМЫ И МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ МОТИВАЦИОННО-ПОТРЕБНОСТНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ..... 52	Гуренко А.А., Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Колесникова В.В. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫХ АГОНИСТОВ АЛЬФА2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ В КАЧЕСТВЕ АДЪЮВАНТОВ ПРИ НЕЙРОАКСИАЛЬНЫХ МЕТОДИКАХ ..... 60
О.Н. Голоденко ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ (ПСИХИЧЕСКИЕ) РЕСУРСЫ ЛИЧНОСТИ ..... 53	Данилов Ю.В., Бондаренко Г.А., Шевченко Т.И., Мотков К.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК СПОСОБА РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ В МЕДИЦИНЕ ТРУДА ..... 61
Гольнева А.П., Статинова Е.А., Сайко Д.Ю. РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ..... 53	Дмитриенко В.В. МЕСТО БЛОКАТОРОВ РААС В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ ..... 61
Горелов Д.В. РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ..... 54	Гринцова А.А., Ладария Е.Г. ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ..... 62
Городник Г.А., Кузнецова И.В., Шано В.П., Кабанько Т.П., Тюменцева С.Г., Смирнова Н.Н., Билошапка В.А. ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМ. М. ГОРЬКОГО ..... 55	Данилов Ю.В., Бондаренко Г.А., Шевченко Т.И., Денисенко А.Ф., Тищенко А.В., Ермаченко Т.П. СОЦИАЛЬНЫЕ И ИДЕОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ ..... 62
Гридасов В.А., Домашенко О.Н., Слюсарь Е.А., КОКСАКИ-ИНФЕКЦИЯ У ВЗРОСЛЫХ ..... 55	Ермаченко Т.П., Данилов Ю.В., Бондаренко Г.А., Денисенко А.Ф., Тищенко А.В., Боева И.А. ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ..... 63
Гридасова Е.И., Гончаров В.В. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ СОЗДАНИЯ УНИВЕРСИТЕТСКОГО КОМПЛЕКСА КАК СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЫ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ В РЕГИОНАХ..... 56	

Демьяненко Е.В., Серкина А.Н., Соловьева И.В. ДИНАМИКА УРОВНЯ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ, КАК МАРКЕРА НАРУШЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПРО- ЦЕССОВ, В ТКАНИ ПОЧЕК КРЫС ПРИ ИММОБИЛИЗА- ЦИОННОМ СТРЕССЕ НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИ- МАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК.....	63	Евтушенко С.К., Марусиченко Е.А., Евтушенко Л.Ф., Соловьева Е.М. КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ КАК ОСНОВА В ТРАКТОВКЕ ГЕ- ТЕРОГЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.....	72
Денисов В.К., Захаров В.В., Олещенко Н.Д., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Сидоркин А.И., Голубова Т.С., Захарова О.В., Варибрус С.А. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ВЕДЕНИЯ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ.....	64	Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Кутякова Е.И., Перепеча- енко Ю.М. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕСИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕ- НИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯ- НИЕ.....	73
Дмитриев А.В., Ковтун И.Е., Карчава Е.Г., Гриценко А.И., Черепий В.В. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	65	Евтушенко С.К., Фомичева Е.М. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕ- НИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЦЕРЕ- БРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА .....	73
Дмитриев А.В., Зенин О.К. РАЗРАБОТКА АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА МЕТОДОМ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ .....	65	Еремушко С.И., Масловская Т.М. АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ ПЕРЕВАЛЬСКОГО РАЙОНА ЛНР .....	74
Довгялло Ю.В., Ежов Д.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗОНЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА ПЛЕ- ЧЕВОЙ КОСТИ.....	66	Ермакова И.Д., Забышный А.А., Першин С.В., Редько А.А. ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗ- РАСТА .....	74
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. АНАЛИЗ СПОСОБОВ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕДАГОГИЧЕ- СКОГО ПРОЦЕССА НА ОСНОВАНИИ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	66	Жадан Е.С., Агаркова Л.Д., Нагорнюк Г.Г., Калиберда С.В., Мельник В.А., Лыгина Ю.А. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИРОФИЛЯРИОЗОМ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2014-2018 ГГ.....	75
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ИЕРСИ- НИОЗЕ .....	67	проф. д.м.н. Железная А.А., Лунева Н.Н., Тараторина А.А., Ширинова Д.А., Шкредова К.М., Шаров К. В. АКУШЕРСКИЕ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ДОРОВОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ ОТ- СЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ .....	76
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗА .....	68	Жидких Т.Н. К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ .....	76
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. ЛИСТЕРИОЗ – АКТУАЛЬНАЯ НЕЙРОИНФЕКЦИЯ.....	68	Жук А.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИ- ТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	77
Домашенко О.Н., Демкович О.О., Савченко В.В., Акимова Л.С. КОКСИЕЛЛЕЗ В ДОНБАССЕ .....	69	Жуков М.И., Стефкивская О.В. СИМУЛЬТАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ДЕФОРМА- ЦИЯХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ .....	78
Домашенко О.Н. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НCV-АССОЦИИРОВАННОГО ЦИРРО- ЗА ПЕЧЕНИ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ .....	69	Заславский А.С., Пенина Г.О. СОВОКУПНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОНМК В РЕСПУБЛИ- КЕ КОМИ. НОВЫЕ ДАННЫЕ .....	78
Дорошенко Т.В., Нетруненко Л.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОБУТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕ- РАПИИ КОНСТИПАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА .....	70	Землянская А.В., Филимонов Д.А., Евтушенко С.К., Дюба Д.Ш., Марусиченко Е.А. ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОСОМНО- ДОМИНАТНЫХ СПИНОЦЕРЕБЕЛЛЯРНЫХ АТАКСИЙ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ) .....	79
Дорошенко Т.В., Нетруненко Л.В. КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ МЕРТЕНИЛОМ У ПА- ЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ПОДАГРОЙ .....	71	Зуев К.А. РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ПРОВЕДЕ- НИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЕЙС-ЗАДАНИЙ.....	80
Доценко Т.М., Бутева Л.В., Бугашева Н.В. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ: МЕСТО И РОЛЬ В МЕДИЦИНЕ, ЕГО РЕАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ ОБЩЕСТВА .....	71		
Евтушенко С.К., Попандопуло А.Г., Евтушенко О.С. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СТРОМАЛЬНЫХ СОБСТВЕННЫХ КЛЕТОК (ССК) КОСТНОГО МОЗГА В ТЕРАПИИ ТЯЖЕ- ЛЫХ ФОРМ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ .....	72		

Зуев К.А., Александровская В.Н., Огородник И.С. РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ОЦЕНИВАНИЮ ВЫПОЛНЕНИЯ КЕЙС-ЗАДАНИЙ СТУДЕНТАМИ .....	82	С.А. Кащенко, А.А. Захаров ОСОБЕННОСТИ МОРФОСТРУКТУРЫ ВНУТРЕННИХ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИМУНОФАНА .....	92
Зуев К.А., Муханова И.Ф., Волошинская Л.В. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КЕЙСОВ В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ФИЛОСОФИЯ» .....	83	Киосев Н.В. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ АДАПТАЦИИ .....	92
Зуева Г.В. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МУКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ .....	84	Киосева Е.В., Оборнев Л.Е., Киосев Н.В. ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ .....	93
Иващенко В.В., Скворцов К.К., Балацкий Е.Р., Барабаш К.В., Мартынюк М.Ю. ТАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА .....	85	Киреев И. А., Колесников А. Н. МЕТАТОНИН – МОЩНЫЙ ЭНДОГЕННЫЙ АНТИОКСИДАНТ СО ЗНАЧИТЕЛЬНОМ НЕЙРОЗАЩИТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ЭТАНОЛА В МОЗГ .....	93
Игнатенко Г.А., Джоджуа А.Г., Первак М.Б., Басий Р.В. КООРДИНАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОБУЧЕНИЯ НА ДО-И ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ПРЕДСТОЯЩИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ .....	85	Колесников А.Н., Алексеенко А.А. ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АСПИРАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ .....	94
Игошина А.В. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ МОНООКСИДОМ УГЛЕРОДА У ГОРНОРАБОЧИХ .....	86	Колесников А.Н., Волкова А.В., Мустафин Т.А., Омелаева В.В. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНДЕКСА ГАРКАВИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА .....	94
Ильмеева Л.А., Колесникова А.Г. ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В ПЕРИОД СОЦИАЛЬНЫХ И ВОЕННЫХ НЕБЛАГОПОЛУЧИЙ .....	86	Колесников А.Н., Тетерко Н.В., Мустафин Т.А., Омелаева В.В. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АБСОЛЮТНОГО КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ БЕРЕМЕННОЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОНМТ И ЭНМТ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С СИНДРОМОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.....	95
Ишутина Ю.Л., Ермилин А.Е., Ворона Л.Д. МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ГЕПАТОПРОТЕКТНАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ .....	87	Колесников А.Н., Чирва А.Ю., Мустафин Т.А., Омелаева В.В. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ (ЛИИ) В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	96
Кавелина А.С., Попандопуло А.Г. КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕКОНСТРУКЦИИ РОГОВИЦЫ .....	88	Колесникова А.Г., Максимова М.А., Вишняк К.А. ПРИРОДНАЯ ОЧАГОВЫСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ .....	96
Капранов С. В., Тарабцев Д. В., Кулиш С.И., Косьмина О.А., Карташова Н.П. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА .....	88	Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е., Вегнер Д.В. ПРОБЛЕМЫ ЭТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ ИМ. К.Т. ОВНАТАНЯНА.....	97
Капранов С.В., Капранова Г.В., Тарабцев Д.В., Тарабцев М.Д., Бондарь В.С., Акжигитова А.М. ВЛИЯНИЕ ПРОСМОТРА ТЕЛЕПЕРЕДАЧ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРА ПОДРОСТКАМИ НА СОБЛЮДЕНИЕ ИМИ РЕЖИМА ДНЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ.....	89	Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Греджев Ф.А., Шаталов А.Д. НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-ХИРУРГОВ .....	98
Капранова Г.В. ФОРМИРОВАНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА.....	90	Колкин Я.Г., Момот Н.В., Вегнер Д.В., Ступаченко О.Н., Сидоренко Ю.А., Филахтов Д.П. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ .....	98
С.А. Кащенко, Д.В. Мосин ВЛИЯНИЕ МЕТОТРЕКСАТА НА ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ .....	90	Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Греджев Ф.А., Филахтов Д.П. КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ, ИНТЕРНОВ И КУРСАНТОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ ИМ. К.Т. ОВНАТАНЯНА.....	99
Кащенко С.А., Семенчук С.Н., Захаров А.А., Мосин Д.В. ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИМУНОФАНОМ МЕТОТРЕКСАТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ИММУНОСУПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ.....	91		

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Греджев Ф.А., Кузьменко А.Е., Вегнер Д.В. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОГО ПОСОБИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ СТРУКТУРЫ И КОНТУЗИИ ПОЛЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ В УСЛОВИЯХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ И МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ.....	100	Т.В. Кулемзина, С.В. Красножон, Н.В. Криволап, А.Н. Испанов, Е.И. Моргун ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В ПОДГОТОВКЕ ВОЕННОГО ВРАЧА .....	108
Колкин Я.Г., Вегнер Д.В., Филахтов Д.П., Лобанов Е.В., Пащенко А.А., Атаманова Л.В. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДИАФРАГМЫ.....	100	Куницкий Ю.Л., Христуленко А.А., Кучеренко Е.А. ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ .....	109
Комаров С.С., Князева А.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ .....	101	Куницкий Ю.Л., Христуленко А.А., Хомутова Е.В. СОЧЕТАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И РОЛЬ БУФЕРНОЙ ЕМКОСТИ СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДКА В ИХ ДИАГНОСТИКЕ .....	110
Конов В.Г., Соловьев Е.Б., Иофе Е.И. ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ИМ. В.К. ГУСАКА .....	101	Куницкий Ю.Л. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ .....	110
Костенко В.С., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Талалаенко Ю.А., Кабанько Т.П. ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	102	Кучеренко Н. П., Гончарова Л.А., Шовкун Н. П., Толстикова Н.А. ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ .....	111
Косторов А.С. Кустов Д.Ю. ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НИЗКИХ ДОЗ ГЕПАРИНА И АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ НА САМОК БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС, С МОДЕЛЬЮ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА .....	102	Кучеров С.А., Макиенко Е.Г. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ (СИНДРОМ ТАКАЯСУ).....	112
Котов В.С., Ермаченко Т.П. ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА ОТ ПРИРОДНЫХ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ.....	103	Кучковой Виктор Викторович ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	112
Котова И.С., Победенная Г.П., Кобецкая Л.Д. СОСТОЯНИЕ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА .....	104	Ластков Д.О., Бессмертный А.Н., Клименко А.И., Михайлова Т.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕСТОВ ПО ГИГИЕНЕ И ЭКОЛОГИИ ПУТЕМ ИХ ВИЗУАЛИЗАЦИИ.....	113
Ю.И. Коценко, Е.А. Статинова АФФЕКТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ .....	104	Ластков Д.О., Болотов А.А. КЛИМАТО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ БИОТРОПНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ УГОЛЬНЫХ ШАХТ .....	114
Кривошеева Г.Л. ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ ГОТОВНОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ДОЛГОЛЕТИЮ КАК ПРОБЛЕМА ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ .....	105	Ластков Д.О., Гапонова О.В., Госман Д.А., Остренко В.В., Талеб Аль Каравани Я.Б. ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ КАК ЗАГРЯЗНИТЕЛИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ: ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ .....	114
Крюк Ю.Я., Прилуцкая И.А. КОНЦЕНТРАЦИЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ А В СЫВОРОТКЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ .....	105	Ластков Д.О., Ежелева М.И., Ежелева Л.С., Потапов А.А., Брюханова С.Т. ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЙ ТРУДА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ .....	115
Крюков Э.Л., Басий Р.В., Довгялло Ю.В., Бешуля О.А. АНАЛИЗ МАКРОСКОПИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧЕК ПОТОМСТВА КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ.....	106	Ластков Д.О., Клименко А.И., Михайлова Т.В. ПРИНЦИПЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ГИГИЕНЫ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЕЕ ПРЕПОДАВАНИИ .....	116
Кузнецов Н.А. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОННЫХ КАРДИАЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ .....	107	Ластков Д.О., Павлович Л.В., Выхованец Т.А. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ У СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ .....	116
Кузьменко Д.Е. ТРАНСТИМПАНАЛЬНЫЙ ЛАЗЕРОФЕРЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ .....	107	Ластков Д.О., Соколова О.В. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ: ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА.....	117
		Лебедева Е.А., Куртасов А.А., Скобло М.Л., Чимишкян А.С. СПОСОБЫ КУПИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ .....	117

Лебедева Е.А., Куртасов А.А., Скобло М.Л., Беляевский С.А., Чимишкян А.С. Лохматова В.В., Адлейба Л.З. СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ.....	119	Маргиты М. М., Маржохова М.Ю., Маржохова А.Р. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ЦИТОКИНОВ НА ПРИМЕРЕ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ.....	127
Лебедева Е.А., Беляевский С.А., Куртасов А.А., Скобло М.Л., Давыденко А.В., Минкин С.В., Чимишкян А.С. Лохматова В.В., Адлейба Л.З. МЕТОД СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....	119	Маслова О.Н. ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У ЖЕНЩИН, ПРИНИМАЮЩИХ ТАМОКСИФЕН.....	128
Лесниченко Д.А., Прилуцкий А.С., Баранова О.В., Андронова Е.В., Ревенко Д.К. УРОВНИ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А И ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 У ЛИЦ АТОПИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	120	Седаков И.Е., Совпель О.В., Совпель И.В., Мате В.В. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРУЕМАЯ ОПЕРАЦИЯ ДЮАМЕЛЯ В ХИРУРГИИ РАКА СРЕДНЕ-АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ .....	128
Линчевский Г.Л., Головкин О.К., Колесников А.Н., Дутов Е.М. СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ВЫХАЖИВАНИЯ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РДКБ .....	120	А. Н. Мацынин ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ .....	129
Лубенская О.А. ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ.....	121	Мельник А.В., Колесников А.Н. К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ОТВЕТНОЙ РЕАКЦИИ МОНОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА СТРЕСС ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ... ..	129
Луцкий Е.И., Луцкая Е.И. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА .....	122	Мельник А.В., Колесников А.Н. К ВОПРОСУ О РЕАЛИЗАЦИИ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ОТВЕТНОЙ РЕАКЦИИ МОНОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА СТРЕСС ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ МОЗГА.....	130
Луцкий И.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В. МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ДЕЙСТВИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА .....	123	Мельник В.А, Беседин И.Е., Мельник А.В., Мельник К.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОЧИПОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ИММУНИТЕТА К ДИФТЕРИИ И СТОЛБНЯКУ.....	130
Лящук А.В., Торба А.В., Вольман О.В., Вагапов Т.Н., Пронин И.В., Чайка О.О., Кателенец М.О., Нижельский В.Е. ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ТРОМБОЗ В УРГЕНТНОЙ ПРАКТИКЕ СОСУДИСТОГО ХИРУРГА.....	123	Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Коцюрба А.Р., Бобров А.А., Рогова О.Р., Андреев Р.Н. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В Г. МАКЕЕВКЕ.....	131
Майлян Э.А. АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА TNFRSF11B С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ.....	124	Мельниченко В.В. СУБЪЕКТИВНО-ЛИЧНОСТНОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ (RECOVERY) КАК ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К САМОЭФФЕКТИВНОСТИ.....	132
Макарук В.В. ТЕКУЩАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И НЕИНВАЗИВНОГО ТРАНСТОРАКАЛЬНОГО ДОППЛЕР- ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ГЕМОДИНАМИКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И В ОТДЕЛЕНИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	125	Меркулов. Д.С., Власенко И.В. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ МЕТОДОМ КРИОДЕСТРУКЦИИ И КРИОТЕРАПИИ .....	133
Максименко О.Л., Антонова Л.Н. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В ПРОГНОЗЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	125	Миргородская А.В., Сиротченко Т.А., Бугаенко О.А, Бондаренко Г.Г., Головченко Н.Н., Яковенко Ю.О. ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА .....	133
Мальцева О.С. Яблонский П.К. ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	126	Мирович Е.Д., Мирович Е.Е., Петренко С.А., Егорова М.А. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ДНА .....	134
Манищенков С.Н., Пархомчук Д.С., Стоянова О.А. ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА.....	126	Мирович Е.Д., Карандей Ж.В, Егорова М.А., Петренко С.А. ПРИМЕНЕНИЕ РАЗГРУЖАЮЩЕГО АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	134

- Мироненко Т.В., Василенко В.Н., Казарцева С.Н.,  
Можаева Н.Г., Бойко И.А.  
ДИНАМИКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ РАС-  
СТРОЙСТВ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПО-  
ЛУШАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ..... 135
- Михеев А.В., Трушин С.Н.  
СИНДРОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ  
СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СПОНТАННЫЙ  
ПНЕВМОТОРАКС ..... 136
- Михеев А.В., Трушин С.Н.  
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ  
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНЫМ СПОНТАННЫМ  
ПНЕВМОТОРАКСОМ ..... 136
- Михеев А.В., Трушин С.Н.  
МЕТАБОЛИЗМ МАГНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ  
СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ..... 137
- Могилевская К.Э., Ласткова Н.Д., Воробьева В.Г.  
ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ  
БОЛЕЗНИ ОТ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ У ГОРНОРАБО-  
ЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ..... 138
- Н.В. Момот, И.А. Плахотников, И.В. Кузнецова, Ю.Д. Костя-  
мин, Ю.Ю. Швадченко, О.В. Макаруч, А.С. Кузнецов  
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕ-  
РИИ В ОТДЕЛЕНИИ КАРДИО- И РЕНТГЕНВАСКУЛЯР-  
НОЙ ХИРУРГИИ ДОКТОМ ..... 138
- Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф., Михалев С.В., Кихеопуло О.И.,  
Франчук М.А., Мангуш И.С.  
ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ  
У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫМИ ДЕФОРМА-  
ЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ..... 139
- Башеев В.Х., Мутык М.Г., Балабан В.В.  
МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНАЯ ЭКСТРАЛЕВАТОРНАЯ  
БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПРЯМОЙ  
КИШКИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ  
НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ... 139
- Налетов А.В., Налетов С.В., Баринаева А.С.,  
Вьюниченко Ю.С.  
ОПРОСНИК ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ  
КОМПЛЕКСНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ПРОВОДИМОЙ  
ИХ РЕБЕНКУ ТЕРАПИИ ..... 140
- Налетов А.В., Назаркина В.Б., Анисимова Н.Н., Печура Т.Н.,  
Котова О.В., Волковская Э.И.  
ГАЛОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД АКТИВАЦИИ АДАПТАЦИОН-  
НЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА  
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬ-  
НОЙ ПАТОЛОГИИ ..... 141
- Налетов А.В., Конкина М.Н., Клевцова И.А., Железняк М.С.,  
Палкина А.А.  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКО-  
ПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮ-  
ЩИХ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ..... 141
- Налетов С.В., Конышева Н.В., Галаева Я.Ю.  
ЗНАЧЕНИЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭЛЕКТИВНЫХ КУРСОВ  
ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СТУДЕНТАМИ ФАРМАКОЛОГИИ И КЛИ-  
НИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ В ДОНЕЦКОМ НАЦИО-  
НАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ..... 142
- Никитенко Д.В., Джоджуа А.Г., Сайко Д.Ю., Никитенко С.Н.  
«ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЛУПИРТИНА  
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ  
НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА» ..... 143
- Николенко О. Ю.  
ВОЗБУДИТЕЛИ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРО-  
НИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ЛЕГКИХ, И  
МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ ..... 144
- Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Лашина И.М.,  
Пушкарский О.А., Денюк Е.А.  
ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ ПРО-  
БЛЕМ В ОБЛАСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ  
У СУБЪЕКТОВ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ..... 144
- Орлова А.Г.  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙ-  
СТВО У МИРНОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО  
В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА ..... 145
- Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Олейник Т.В., Черный О.А.  
ЗНАЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГА В ДИАГНОСТИКЕ КАРО-  
ТИДНО- КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ ..... 145
- Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Олейник Т.В., Иващенко С.Е.  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОБЛЕМНОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕ-  
ПОДАВАНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ ..... 146
- Палкина А.А., Болгова И.И., Мухина В.И., Тулупова О.Н., Го-  
лямерьянц А.В., Губенко О.В., Колесник Л.А., Колесник В.В.,  
Ковалькова М.А.  
СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ КТ-АНГИОГРАФИИ  
КАК МЕТОДА УРГЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО  
НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ  
ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛО-  
ВИЯХ ДОНБАССА ..... 146
- Пантелеев Г.В., Суколенов С.С., Пантелеева В.Г., Стародуб-  
цева А.Ю.  
ОПЫТ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИ-  
КИ (SLT) В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬ-  
НОЙ ГЛАУКОМЫ (ПОУГ) ..... 147
- Пантелеев Г.В., Суколенов С.С., Пантелеева В.Г., Стародуб-  
цева А.Ю.  
ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ ЦИКЛОКОАКУЛЯЦИЯ (ТСЦК)  
В ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЕВОЙ  
ГЛАУКОМЫ ..... 148
- Пантелеев Г.В., Суколенов С.С., Пантелеева В.Г., Старо-  
дубцева А.Ю.  
ОРТОКЕРАТОЛОГИЯ – ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД  
В ЛЕЧЕНИИ МИОПИИ ..... 148
- Пархомчук Д.С.  
ПЛАН ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
НАСЕЛЕНИЯ ЛНР В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННОГО КОН-  
ФЛИКТА ..... 149
- Пархомчук Д.С., Василенко О.Н.  
ПРЕДПОСЫЛКИ СОЗДАНИЯ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПО-  
МОЩИ В ЛНР ..... 150
- Пархомчук Д.С., Удовика Н.А., Гавриленко Н.Ф.,  
Оберемок С.Е., Волков Е.С.  
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ  
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ  
ЭТАПЕ ..... 151
- Пашенко Н.А.  
О РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЛУГАНСКОЙ НА-  
РОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ..... 152

Петренко А.С., Скоробогатый Р.В., Колесников А.Н. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ТРАВМА. ВИДЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ПРЕДИКТОРЫ ИС- ХОДОВ ..... 153	Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А. ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ АЛЛЕРГИИ К ЛИМОНУ ..... 163
О.М. Петруня, Г.В. Степаненко, И.В. Соловьёва, И.В. Хворостяная, Е.П. Коробчинская НЕТИПИЧНЫЙ СЛУЧАЙ ТОКСИЧЕСКОГО НЕЙРОРЕТИ- НИТА У ПОДРОСТКА НА ФОНЕ ПРИЁМА Э НЕРГЕТИКОВ ..... 154	Прилуцкий А.С., Прилуцкая О.А., Полковник Е.С. СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВ- НИЦЫ И АНГИООТЕКОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРИМЕ- НЕНИЕМ АКТРАПИДА И ПРОТАФАНА ..... 164
О.М. Петруня, Г.В. Степаненко, Г.В. Пантелеев, Е.П. Короб- чинская СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРЕБЫВАНИЯ ВНУТРИГЛАЗ- НОГО ИНОГОРОДНОГО В ГЛАЗУ ..... 154	Провизион Л.Н., Шварёва Т.И., Шатилов А.В. О СОЧЕТАНИИ ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ У ОДНОГО БОЛЬНОГО ..... 164
О.М. Петруня, И.В. Хворостяная, Е.П. Коробчинская РЕЗУЛЬТАТЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРО- ГРАММЫ ПО МЕТОДИКЕ В.Ф. БАЗАРНОГО ..... 155	Провизион Л.Н., Шварёва Т.И. СЛУЧАЙ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА, СИМУЛИРУЮ- ЩЕГО ПСОРИАЗ ..... 165
Н.В. Побережная ФАКТОРЫ РИСКА, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ..... 156	Пугач Л.Ю. СУБЪЕКТИВНАЯ ВИТАЛЬНОСТЬ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА ..... 166
Поважная Е.С., Лыков А.А., Швиренко И.Р., Пеклун И.В. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» ..... 156	Радионов В.Г., Торба А.В., Радионов Д.В. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ, ТЕРАПИЮ И ПРОФИЛАКТИКУ РАКОВ КОЖИ ..... 166
Подольяк В.Л. ЗНАЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ В ПРОЦЕССЕ УПРАВЛЕНИЯ ..... 157	Радионов В.Г. ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА И НАША ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ..... 167
Пономаренко Т. В., Колесников А. Н., Линчевский Г. Л., Головко О. К. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ВВЕ- ДЕНИЯ ИНСУЛИНА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ЖИВОТ- НЫМ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ... 158	Радионов Д.В. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНЫМ СИФИЛИСОМ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТО- БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ..... 168
Попивненко Ф.С., Иваненко А.А., Щербина С.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ ..... 158	Радионов Д.В. ДИНАМИКА И ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ И БИОХИМИ- ЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТ- НЫМ СИФИЛИСОМ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ..... 169
Попов А.С., Байрамов Ш.А., Беркутов Д.Ш., Кабулова Д.С., Касьянов В.А., Скоробулатов А.В., Фомина Л.В. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКО-РЕАНИМАЦИОННОЕ ОБЕ- СПЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ В ЗОНЕ ЧС ЭКСПЕДИЦИ- ОННОМ АЭРОМОБИЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ МЧС РОССИИ ..... 159	Резниченко Н.А., Майлян Э.А. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ..... 169
(ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ В ИНДОНЕЗИИ, ПАКИСТАНЕ В 2005 Г., КИТАЕ 2008 Г., ГАИТИ 2010 Г.) ..... 159	Романенко Т.А., Сихарулидзе А.Г. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯ- ЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В КРУПНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ГОРОДА ДО- НЕЦКА ..... 170
Попов А.С., Попова В.В., Прошина О.К., Якиревич И.А. МЕЖДУНАРОДНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ОТРЯДА ЦЕНТРО- СПАС МЧС РОССИИ ПО МЕТОДИКЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ПО ВОПРОСАМ ПОИСКА И СПАСЕНИЯ (INSARAG). МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ АТТЕСТАЦИИ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОИСКОВО-СПАСАТЕЛЬНЫХ РА- БОТ (ПСР) ..... 160	Романенко Т.А., Горохова А.А., Анпилогов А.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ИНФЕКЦИЯМИ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ..... 171
Потапов А.А., Ежелева М.И., Косевич М.А. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗРИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКИМ НАВЫКАМ ..... 162	Романенко Т.А. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИ- АЛЬНОСТИ «ЭПИДЕМИОЛОГИЯ» НА КАФЕДРЕ ЭПИДЕ- МИОЛОГИИ ..... 171
Потапов А.А., Косевич М.А. ПРЕПОДАВАНИЕ ОСНОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ФАКТОР КОРРЕКЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ..... 162	М.Ю. Рыков МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИ- МИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ..... 172
	Рыков М.Ю., Иноземцев И.Н., Коломенская С.А. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТАМ С ОНКОЛОГИЧЕ- СКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ: АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ В 2014–2017 ГГ. .... 173

Рыков М.Ю. СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕ- ТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	173	Сичанова Е.В., Савина Е.Л., Санина Е.В. ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЛАД- ШИХ КУРСОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	181
Ряполова Т.Л. ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ: ОТ DEMENTIA- PRAESOX К КРИТЕРИЯМ DSM-V И МКБ-11.....	174	Скиба Т.А., Сиротин В.И. ЗНАЧЕНИЕ ЭЙКОЗАНОИДОВ В РАЗВИТИИ СИСТЕМНО- ГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВ- НОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАР- ТРОЗОМ.....	182
Савченко В.С., Лепшина С.М., Скрипка Л.В., Мозговой В.В., Скрипка Н.С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРАТНОСТИ ОБМЕНА РЕСПИРАТО- РОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРОТИВО- ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ГОДА.....	174	Скрипка Л.В., Бабуркина А.И., Акимова Л.С., Романенко Т.А. СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУЛЯРЕМИИ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....	182
Савчук А.А. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ.....	175	Скрипка Л.В., Бабуркина А.И., Савченко В.С., Калиберда С.В. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И БИОЛОГО- ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕНОСЧИКОВ ИКСОВОДОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА В ДОНЕЦ- КОМ РЕГИОНЕ.....	183
Саламех К.А., Соцкая Я.А. ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИ- НОВ С АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.....	175	Скрипка Л.В., Думчева И.Н., Павленко В.Н., Бабуркина А.И., Савченко В.С. АНАЛИЗ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ.....	184
Салоникиди А.И., Сотник Ю.А., Чебалина Е.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ.....	176	Калиберда С.В., Клишкан Д.Г., Романченко М. П., Скрипка Л.В., Бабуркина А.И. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И БИОЛОГО - ЭКО- ЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕНОСЧИКОВ ИК- СОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....	184
Седаков И.Е., Бутенко Е.В. РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ОНКОПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУР- ГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	177	Давыдова А.В., Клишкан Д.Г., Самисько А.Е., Романченко М.П., Ткаченко И.М. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНЫХ ГА- СТРОЭНТЕРОКОЛИТОВ В ДНР.....	185
Седаков И.Е., Попович А.Ю., Заика А.Н., Богданов Б.А., Лисаченко И.В., Глотов А.В., Кондаков М.Д. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ.....	177	Скрипка Л.В., Самисько А.Е., Бабуркина А.И., Грянова Л.И., Романенко Т.А. СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУЛЯРЕМИИ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....	186
Семикоз Н. Г., Селивра Ю. Н., Тараненко М. Л., Боднар Б. В., Бондарь А. В. ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРА- ЗОВАНИЯМИ.....	177	Смирнова А.Ф., Евтушенко В.А., Евтушенко О.В., Голубов К.Э., Котлубей Г.В. ГЛИСТНАЯ ИНВАЗИЯ ОРБИТЫ И ВСПОМОГАТЕЛЬНО- ГО АППАРАТА ГЛАЗА.....	186
Серажим А.Г., Андреев Р.Н., Ермаченко А.Б., Садеков Д.Р. ХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ ЗАБОЛЕВАЕ- МОСТЬ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	178	Соловьев Е.Б., Иофе Е.И. МИНИИВАЗИВНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА.....	187
Сигитова Е.В., Коценко Ю.И. «НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ: СПЕКТР НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ».....	178	Соловьева М.А. СУБЪЕКТИВНАЯ ВИТАЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, СТРА- ДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНО- СТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	188
Сидоренко Ю.А., Вегнер Д.В., Ступаченко Д.О., Нисевич В.Н., Кутя А.А. СИНДРОМ ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ КОМПРЕС- СИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	179	Солопов М.В., Турчин В.В., Лёгенький Ю.А., Попандопуло А.Г., Беспалова С.В., Фисталь Э.Я. МАГНИТНАЯ МАРКИРОВКА ФЕТАЛЬНЫХ ФИБРОБЛА- СТОВ ЧЕЛОВЕКА НАНОЧАСТИЦАМИ ОКСИДА ЖЕЛЕЗА, СТАБИЛИЗИРОВАННЫХ ЦИТРАТОМ НАТРИЯ.....	188
Симрок В.В., Удовика Н.А., Гордиенко Е.В., Пархомчук Д.С. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В РО- ДАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	180	Соннов В.В., Сиротченко Т.А., Луговсков А.Д. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕБНЫХ ПЕДИАТРИ- ЧЕСКИХ КАДРОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕ- НИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. ЛУГАНСКА В 2015 -2017 ГОДАХ.....	189
Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Бугаенко О.А., Маске- вич А.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ВКУСОВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	180		

Сорокин Ю.Н. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 11-ГО ПЕРЕСМОТРА .....	190	Титиевская А. И. ПРАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ ДОННМУ 2-5 КУРСОВ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ .....	201
Сорокопуд Е.П. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ .....	191	Титиевский С.В., Ракитянская Е.А. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	201
Стадник А.Д., Ткачева М.Ю., Крайнюк А.В., Гаргат Е.А., Ламонов Е.И. ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ .....	192	Титиевский С.В., Ракитянская Е.А. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	202
Стариков А.С., Пенина Г.О., Валужене Е.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ.....	192	Титиевский С.В., Воеводина В.С., Бабюк И.А., Гостюк И.М., Федоровская И.В. ОЦЕНКА ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ .....	203
Степанова М.Г., Жижко А.П. РАЗВИТИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТА С ПОМОЩЬЮ ДУХОВНО-НАВЯЩЕННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ .....	194	Ткаченко К.Е. ЧАСТОТА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АНТИГЕНАМ ЯБЛОКА СОРТА ЧЕМПИОН У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ.....	203
Степанова М.Г., Мехова Л.С., Мехова Г.А. ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА .....	195	Токарева М.А. ЧАСТОТА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ .....	204
Степанова С.Е. ПЕКТИНОПРОФИЛАКТИКА В ПИТАНИИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ЗАГРЯЗНЕННОЙ МЫШЬЯКОМ ТЕРРИТОРИИ .....	196	Токарева О.Г. СМЫСЛО-ЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	205
Стефкивская О.В., Жуков М.И. ЛИПОФИЛИНГ КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭСТЕТИЧЕСКИ ВАЖНЫХ ЗОН.....	196	Томачинская Л.П., Поважная Е.С. ПРЕПОДАВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПОЗИЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ.....	205
Стрюков Д.А., Болдырева В.А., Котилевская В.И., Остапенко И.Е., Иванова С.Е. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАЛБУФИНА ПРИ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ.....	197	О.А. Трунова ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИИ IN VITRO .....	206
Ступаченко О.Н., Ступаченко Д.О., Егоров А.А., Момот Н.В., Соловьева Е.М. ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ТРАХЕЕ И БРОНХАХ.....	197	Трушин С.Н., Романов А.Н. ПРИНЦИПЫ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СОСТОЯВШИМСЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ .....	207
Ступаченко О.Н., Ступаченко Д.О., Момот Н.В., Лобанов Е.В., Соловьева Е.М. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТРАХЕЕ И БРОНХАХ.....	198	Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Тутова К.С., Былым Г. В. ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ПРОСТАГЛАНДИНОВ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ .....	207
Супрун Е.В., Березова Е.В., Супрун В.Е. К ЛЕЧЕНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ.....	198	Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Тутова К.С., Былым Г. В. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА .....	208
Супрун О.Е., Прилуцкий А.С. УРОВЕНЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ А У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА .....	199	Тюменцева С.Г., Шраменко Е.К., Кабанько Т.П., Логвиненко Л.В., Толстова Н.В., Хмель О.Н. ДОПАМИН В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ.....	208
Талалаенко Ю.А., Петренко С.А., Егорова М.А., Минович Е.Е., Дмитриев С.Н. МЕСТО ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ .....	199	Удовика Н.А., Ковтонюк И.А. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: РИСКИ И ПРИОРИТЕТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА).....	209
Терованесов Арсен Михайлович МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В АСПЕКТЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	200		

Ульянкина О.В., Добровольская Н.А. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ПРИ ПРО- ЯВЛЕНИИ СТРЕССА В УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ..... 210	Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Гуренко А.А. ИНТРЕЛЕЙКИНЫ И СТРЕСС ..... 219
Ульянкина О.В., Добровольская Н.А. ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕН- НОСТЕЙ ПРИ ПРОЯВЛЕНИИ СТРЕССА В УЧЕБНО- ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ ..... 210	Чижевская О.И., Евтушенко С.К. НОРМОТЕНЗИВНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ (СИНДРОМ ХА- КИМА – АДАМСА)..... 220
Фастова О.Н., Лузин В.И., Приходченко И.С., Мосягина Н.А. ВЛИЯНИЕ НАНЕСЕНИЯ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦО- ВЫХ КОСТЯХ ПОСЛЕ 60-СУТОЧНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАТРИЯ БЕНЗОАТА НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЭПИФИЗА ..... 211	Чижевский И.В., Зенько Н.А., Плыс Т.Д., Настоящий В.И. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ У ДЕТЕЙ.... 220
Федосеев А. Б. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ В ЗДРАВООХРАНЕ- НИИ ..... 212	Чурилов А.В., Петренко С.А., Носкова О.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАТЕРМОЭК- СЦИИ И РАДИОВОЛНОВОЙ ЭКСЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ ..... 221
Федько В.Г., Сохина В.С., Авсянкина Е.В. «ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИШЕМИЧЕСКИХ ОЧАГОВ»..... 213	Шакович Ю. В., Пацкань И. И., Выставкина Т. Э. ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ФЕЛЬДШЕРОВ В ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО ..... 222
Д.А. Филимонов, С.К. Евтушенко, А.Б. Ересько, М.А. Бело- церковская, Н.Н. Трубникова, А.В. Муратов, А.А. Войташ НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОМ ИНСУЛЬ- ТЕ: КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВА- НИЕ..... 214	Шано В.П., Гуменюк И.В., Демчук О.В., Королёв А.А. ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ..... 222
Фисталь Э.Я., Меркулов Д.С., Грищенко И.С., Горбенко А.С. МЕТОДЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ ..... 215	Шано В.П., Демчук О.В., Гуменюк И.В. ОСОБЕННОСТИ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПО- СЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ 223
Фисталь Э.Я., Сперанский И.И., Арефьев В.В., Ульянова О.В., Фирсова Г.М. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМИ И СВЕРХКРИТИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПО ДАННЫМ ДОНЕЦКОГО ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА ..... 215	Шанько В. М., Мочалова И. С., Ступницкая Н. С., Перфилье- ва М. Ю. ИЗМЕНЕНИЕ ИММУННОГО И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА СПОРТСМЕНОВ-ПЛОВЦОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК ..... 223
Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Соболев Д.В. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ «КОМБУСТИОЛОГИЯ» И «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ» ..... 216	Шаповалов И.Н., Иваненко А.А., Ярошак С.В., Веселый В.Я. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬ- НОЙ ИШЕМИИ. .... 224
Хацко В.В., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Коссе Д.М., Шаталов С.А., Нестеров Н.А. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ..... 216	Шаталов А.Д., Хацко В.В., Войтюк В.Н., Макаров В.Ю., Пархоменко А.В. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИДАТИ- ДОЗНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ ..... 224
И.М. Храпко РИНОСЕПТОПЛАСТИКА СЛОЖНЫХ ПОСТТРАВМАТИ- ЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА, НАСТУПИВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ШАХТНОЙ ТРАВМЫ ..... 217	Шаталов А.Д., Шаталов С.А., Крупка А.А., Пархоменко А.В., Жуков А.С. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕ- ПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ..... 225
Чебалина Е.А., Жидких В.Н., Салоникиди А.И. СЛУЧАЙ ПАРАЦЕТАМОЛ-ИНДУЦИРУЕМОЙ ГИПОГЛИ- КЕМИИ ..... 218	Швиренко И.Р., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Поважная Е.С., Терещенко И.В. ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВА- ТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИН- СКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ..... 226
А.В. Ченская ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В АМБУЛА- ТОРНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ОСО- БЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ НЕВРОТИЧЕ- СКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ..... 219	Швиренко И.Р., Пеклун И.В., Поважная Е.С., Томачинская Л.П., Лыкова Л.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЧАСТНОЙ ФИЗИО- ТЕРАПИИ..... 226
	Швиренко И.Р., Терещенко И.В., Поважная Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Мирошниченко Н.Д. ВОЗМОЖНОСТИ И ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ТРЕНАЖЕРОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ..... 227
	Шевченко Т.И., Швороб Д.С. ВОЗМОЖНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА МЕТАСТАЗИРОВА- НИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ..... 228
	Шевченко В.С., Прилуцкий А.С. ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ TNF-А ВО ВЛАГЕ ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ ГЛАЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ..... 228

Шраменко Е.К., Логвиненко Л.В., Тюменцева С.Г.,  
Кабанько Т.П., Снегина М.Н., Агафонов Ю.Н.  
О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ У БОЛЬ-  
НЫХ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК..... 229

Шупик А.С., Платонова Е.О., Демьяненко Е.В.  
ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕК  
ПРИ ОСТРОМ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ  
НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ СТВОЛОВЫ-  
МИ КЛЕТКАМИ..... 230

Якимович С. Е., Шаповалова В. К.  
ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНОВ У БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В  
НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕ-  
ЦИСТИТА..... 230

Ярцева С.В.  
ОСОБЕННОСТИ АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТЬ  
ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТ-  
МОЙ, СОЧЕТАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ..... 231

Egorova M.A., Talalayenko Y.A., Petrenko S.A.  
FOETAL STATE ASSESMENT DURING INTRANATAL  
PERIOD ..... 232

N.Golovchenko, M. Sulzhenko, Bugaienko O, Drupova V.  
CURRENT ISSUES IN THERAPY REACTIVE ARTHRITIS  
IN CHILDREN WITH GASTRODUODENAL  
PATHOLOGY..... 232

*Абрамов В.А.*

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

### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В ПСИХИАТРИИ**

Теоретико-методологический анализ естественно-научного и ценностно-гуманистического (личностно-ориентированного) направлений в психиатрии свидетельствует о наличии принципиальных различий их диагностических возможностей с точки зрения объективности познания субъективной психической реальности пациента. Эти различия могут быть представлены в виде двух альтернативных моделей диагностики психических расстройств: гомоморфной и изоморфной.

Методологическим основанием для выбора той или иной диагностической модели является отношение специалиста к объекту познания. Как известно, этот объект в медицине и психиатрии общий – человек. Однако человек состоит из двух реальностей:

Биологической реальности – организма, естественной природы человека, биологической организации материи.

Социальной реальности – личности как социально организованной материи, собственно человеческой социальной сущности (личность – биологическая основа – организм, но социально обусловленная сущность – структура).

Гомоморфная диагностическая модель реализуется в рамках естественно-научного направления в психиатрии. Эта модель ориентирована на биологическую реальность пациента, на естественно-научные представления о человеке как биологическом объекте, естественную природу человека, на болезни объективно существующего организма; эта модель предполагает органоспецифическую методологию исследования и лечения (предмет соматической медицины), а гуманитарно-антропологические и социальные аспекты психического здоровья при этом не учитываются. Системообразующим элементом картины болезни является клинический (категориальный, синдромальный, нозологический) диагноз, основанный на анализе ее структурных элементов (психопатологических симптомов) и этиопатогенетических механизмов. Сущность диагностического подхода в этих случаях – это результат личных интеллектуально-диагностических предпочтений клинициста, основанный на данных клинко-психопатологического исследования, четком разграничении нормального и патологического, и реализуемый на симптоматическом уровне и объяснении симптомов. Такой подход является основанием только для симптоматического восстановления пациента; он ориентирован на предмет соматической медицины – на человека как биологического объекта.

Изоморфная диагностическая модель отражает пациент-центрированный, экзистенциально-феноменологический подход. Ее объектом является не организм человека, как в соматической медицине, а психическое здоровье, нарушения внутреннего мира человека, субъективного жизненного пространства личности, субъективной психической реальности, имеющих социальную обусловленность. В качестве системообразующего фактора этот подход использует категории, относящиеся к оценке психического опыта, интрапсихических переживаний пациента. Его методологическим ракурсом является интегрированное, выходящее за рамки симптомов, представление о пациенте как о субъекте собственной активности, структурно-феноменологический анализ и понимание подлинных переживаний пациента. Такая диагностика содержит основания не только для клинического, регистрируемого врачом, но и для субъективно-личностного выздоровления пациента.

*Абрамов В.А., Голоденко О.Н.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

### **ВЛИЯНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Цель работы: оценить влияние жизнестойкости на уровень формирования самостигмы у больных шизофренией

Материалы и методы. Нами было отобрано и обследовано 120 больных страдающих шизофренией, находящихся на стационарном лечении в РКПБ г. Донецка. Обследованные больные были разделены на две группы. Основная группа больных была сформирована из 80 пациентов, страдающих параноидной шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет. Группа сравнения включала 40 человек, репрезентативных по гендерно-возрастным и клиническим особенностям, перенесших первый эпизод психоза. Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации изучались с помощью оригинальной шкалы (Абрамов В.А., 2011), предназначенной для оценки отношения пациента к своему статусу психиатрического пациента с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления. Для изучения жизнестойкости использовалась русскоязычная версия теста жизнестойкости С. Мадди, разработанная Д.А. Леонтьевым и Е.Н. Рассказовой.

Результаты исследования. Анализ полученных в ходе исследования данных позволил установить, что в основной группе больных, у 12 пациентов (15,0%) определялся высокий уровень самостигматизации, у 44 больных (55,0%) – средний уровень самостигматизации и у 24 обследованных (30,0%) – низкий уровень самостигматизации. Для больных группы сравнения данные показатели были следующими: у 33 пациентов (82,5%) был выявлен низкий уровень самостигматизации, у 7 обследованных (17,5%) – средний уровень самостигматизации, высокий уровень самостигматизации в данной группе больных выявлен не был. Показатели жизнестойкости в

сравниваемых группах больных распределились следующим образом: средний уровень жизнестойкости определялся у 16 пациентов (20,0%) основной группы и у 28 обследованных (70,0%) группы сравнения, низкий уровень жизнестойкости был выявлен у 64 пациентов (80,0%) основной группы и у 12 больных (30,0%) группы сравнения. Высокий уровень жизнестойкости в сравниваемых группах больных выявлен не был.

Выводы. Полученные результаты показали, что при снижении уровня жизнестойкости в обеих группах, больные группы сравнения обладают более высоким уровнем жизнестойкости в целом, чем пациенты основной группы. Этот факт по отношению к больным с начальными проявлениями самостигматизации можно рассматривать как препятствие возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет успешного совладания и восприятия их как менее значимые. Жизнестойкость этих пациентов дает им больше сил, мотивирует к самореализации, здоровому образу мыслей и поведения. Она предоставляет им возможность чувствовать себя значимыми и ценными, более или менее активно решать жизненные задачи, несмотря на присутствие стрессогенных факторов. В то же время низкие показатели жизнестойкости у больных шизофренией с выраженной стигмой предполагают наличие у них элементов беспомощности, подверженности депрессии и апатии, низкой стрессоустойчивости, уверенности в бесполезности собственных действий и по этой причине не способствуют формированию эффективных стратегий преодоления неблагоприятных последствий стресса.

*Агарков В.И., Лихобабина О.А., Бугашева Н.В.*

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

### **ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА.**

Известно, что заболеваемость человека повышаются с возрастом. Поэтому все параметры заболеваемости населения сильно предопределяются возрастом человека. Кроме возраста заболеваемость населения значительно зависит от городского и сельского уклада жизни. Поэтому, частота возникновения и распространения болезней в биологической среде предопределяется возрастом и особенностями уклада жизни людей. По этой причине данная работа посвящена анализу заболеваемости населения Донбасса в зависимости от места обитания людей и их возраста.

Частота возникновения болезней, предопределяется первичной заболеваемостью населения среди людей, проживающих в течение последних 10-12 лет постоянно в городских условиях, составляет 6163,9 случаев на 10000 человек. Этот показатель по частоте возникновения первичных случаев болезней представляется как стандартная величина первичной заболеваемости городского населения современного Донбасса как широко промышленного региона, пребывающего в состоянии депрессии экологического, социально-экономического и политико-психологического характера. Показатели распространенности свидетельствуют об интенсивности накопления болезней в биологической среде, а кратность превышения их показателей частоты возникновения первичных случаев болезней отражает степень значимости интенсивности накопления над интенсивностью возникновения болезней. В тоже время показатель частоты возникновения показывает активность возникновения в данной биологической среде первичных случаев заболеваний, чем больше этот показатель, тем более восприимчива данная биологическая среда к болезням данного вида. Кроме этого, частота возникновения случаев болезней и показатель распространенности их указывают на эффективность первичной профилактики болезней (первичных случаев), эффективность лечения возникших болезней (показатель распространенности), то есть чем больше разница между этими показателями, тем менее эффективна система охраны здоровья населения. Иначе говоря, рост показателя частоты возникновения первичных случаев болезней показывает активность снижения первичной профилактики болезней, увеличение показателя распространенности отражает темпы снижения эффективности лечения (ликвидации) болезней.

*Алешина Р.М., Пархомчук Д.С., Лейкина В.В., Лактионова Т.С.*

ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»

### **ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ**

Анафилактический шок (АШ) – острая тяжелая системная, угрожающая жизни реакция гиперчувствительности, возникающая в высоко сенсibilизированном организме и является наиболее тяжелой формой немедленной аллергической реакции системного типа. Известно, что смертельные исходы при АШ составляют около 0,4 случаев на 1 млн. населения. В последние годы возрастает и число вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП) при этой патологии. Так, по данным исследователей частота АШ на догоспитальном этапе среди больных в возрасте 12 лет и старше составляет 5-10% случаев.

Целью исследования: изучение частоты возникновения АШ у населения г.Луганска, выявления его причин, а также анализ тактики оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Нами была использована собственная база данных вызовов ЛРЦЭМПМК за 2016, 2017гг. и первое полугодие 2018 г. Проведен анализ 2435 карт вызовов скорой помощи к жителям г. Луганска с поводом к вызову - «аллергия, острая аллергическая реакция» (ОАР).

От общего числа обратившихся пациентов ОАР за медицинской помощью АШ был диагностирован у 55 чел.: в 2016 г. – 22 чел., в 2017 г. – 22 чел., 6 мес. 2018 г. – 11 чел., что составило 2,2% из числа всех обратившихся. Из них: мужчин- 23 чел, женщин – 29 чел., детей – 3 чел. АШ чаще регистрировали в летне-осенний период. При-

чинами анафилаксии явились лекарственные препараты у 19 человек (34,5%), укусы пчелы, осы или шершня - у 10 (18,2%), пищевые продукты - у 8 (14,5%), химические вещества - у 6 (11%), не выяснена причина у 12 пациентов (21,8%). Среди медикаментов чаще встречались антибиотики (цефтриаксон, аугментин), НПВС (ацетилсалициловая и мепенамовая кислота), лидокаин, амфотерицин В, поливитамины; среди химических веществ - лак для волос, моющие средства; из пищевых продуктов - рыба, яйца, орехи, пиво, грибы и др. У детей причинами анафилаксии явились орехи и укусы насекомого.

Детальный анализ всех рассматриваемых карт показал, что временной промежуток от начала развития ОАР до вызова бригады СМП составлял от 10 мин до 12 час ( $75,5 \pm 7,2$  мин), а к пациентам с явлениями АШ составил до 30 мин. Продолжительность времени оказания медицинской помощи у постели пациента (на месте) составляла от 16 до 92 мин ( $48,2 \pm 9,4$  мин); лечебные мероприятия осуществляли преимущественно врачебными бригадами (82,6%). При оказании экстренной медицинской помощи применялся необходимый объем мероприятий с применением предусмотренных лекарственных средств, в полном объеме и в соответствии со стандартами. Однако, у 23,6% больных были применены препараты с недоказанной эффективностью и не рекомендованные при ОАР современными стандартами (кальция глюконат, тиосульфат натрия). Госпитализированы в реанимационные отделения или интенсивной терапии 38 чел. (69,9%), в том числе дети, 17 чел. (30,9%) оставлены на дому, по причине письменного отказа самих пациентов от госпитализации. Выездным персоналом эти вызова переданы в поликлинику для активного патронажа. Летальных исходов на догоспитальном этапе не зарегистрировано.

По нашему мнению на сегодняшний день в целом, усовершенствования и адаптации к работе в особых социально-экономических условиях (незавершенный вооруженный конфликт) требуют клинические рекомендации (протоколы), касающиеся алгоритмов оказания помощи на догоспитальном этапе, а также отработка методов преемственности с лечебно-профилактическими учреждениями ЛНР.

*Альмешкина А.А.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, г. Донецк, ДНР  
Зав. кафедрой, научный руководитель - проф., д.мед.н. Абрамов В.А.

## **ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ИНДИКАТОР ЦЕЛОСТНОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТИ**

**Цель.** Изучение теоретических основ в понимании важности личностного потенциала как индикатора целостности и функциональности личности.

**Материалы и методы.** С помощью системного информационно-аналитического метода проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников по вопросам теоретических основ понимания важности личностного потенциала как индикатора целостности и функциональных возможностей личности.

**Результаты.** Нынешняя реальность предъявляет к личности новые требования. В связи с трансформациями, происходящими в социуме, нам нужно совершенно по-новому рассматривать человека в условиях динамично меняющегося мира: усложняется социальная реальность, в которую помещен субъект, что требует задействования механизмов совладающего поведения, личностных ресурсов. Понятие потенциала личности рассматривается учеными в различных аспектах и при этом не имеет на данный момент однозначной трактовки. Важно не путать такие понятия, как потенциал и потенция. Потенция - это несформированное свойство, задаток, в то время как потенциал - это актуализованное, но в данный момент неиспользуемое свойство субъекта предстоящей активности. Механизм актуализации выглядит в виде последовательной смены стадий: определение потенций; формирование на их основе личностного потенциала; его активизация для предстоящей активности; его реализация в ходе данной активности. В структуре личности потенциал предстает как индивидуальная система внутренних и внешних ресурсов отдельного человека, обеспечивающих многообразие возможных векторов развития и трансформации личности в процессе её жизненного пути. Личностный потенциал является фундаментальной характеристикой личности, выступает интегральной характеристикой уровня личностной зрелости. Под термином «позитивный личностный ресурс» подразумевают личностные черты, способствующие благополучному приспособлению человека к окружающему миру и практическому овладению им и выполняющие важную буферную роль, препятствуя развитию психической патологии, отклоняющегося поведения, личностных нарушений. В структуре личностного потенциала следует выделить такие основные характеристики, как самодетерминация; самореализация; самоактуализация; саморегуляция; жизнестойкость; целеустремленность; базисные убеждения и ценности; самоорганизация деятельности; устойчивость, сопротивляемость; пластичность (гибкость), адаптивность; инициатива, активность; коммуникативные способности. Личностный потенциал предоставляет стабильность личности как целостной системы, ставя своей задачей убрать внешнюю причину возникновения дисбаланса в системе, нейтрализовать или, по меньшей мере, трансформировать до уровня не разрушающего, а лишь изменяющего личность.

**Выводы.** Личностный потенциал выступает индикатором целостности личности, а также определяет ее функциональные возможности (эффективность функционирования). Изучение личностного потенциала важно, во-первых, для практической деятельности врачей и педагогов, ведь мы должны быть сформированы не только в профессиональном плане, но и как специалисты с высоким личностным потенциалом, чтобы в случае необходимости обеспечить мобилизацию интеллектуальной, креативной и других видов активности, что способствует достижению продуктивности и результативности деятельности, во-вторых, для разработки персонализирован-

ных реабилитационных программ для пациентов с психическими расстройствами, как невротического, так и психотического уровней.

*Андреев Р.Н., Серажим А.Г., Ермаченко А.Б., Садеков Д.Р.*

ГООВПО «Донецкий национальный медицинский университетим. М.Горького», кафедра гигиены ФИПО

### **ВЛИЯНИЕ ХИМИЧЕСКОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА.**

Проблема загрязнения атмосферного воздуха промышленными предприятиями остается актуальной до настоящего времени. В настоящей работе рассмотрены основные гигиенические аспекты вопроса загрязнения атмосферного воздуха крупного промышленного города.

Целью нашего исследования является изучение состояния воздушного бассейна г. Донецка и установление факторов, влияющих на заболеваемость за период 2011-2013 гг.

Нами были проанализированы данные отчетов «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских учреждений ДНР», данные годовых отчетов и прочие материалы территориальных центров государственной санитарно – эпидемиологической службы за исследуемый период.

Выявлено, что интенсивное развитие промышленности и транспорта в городе всегда обуславливало поступление в атмосферный воздух значительного объема и широкого спектра химических загрязняющих веществ. Основными вредными веществами, формирующими загрязнение атмосферного воздуха г. Донецка, являются газообразные (окислы азота, окислы углерода) - 82% и твердые вещества (взвешенные частицы, пылеобразные вещества, аэрозоли кремнийсодержащие и металлсодержащие) - 18%. Несмотря на некоторое снижение промышленного производства, город остается одним из наиболее загрязненных населенных пунктов, в котором процент отклонений исследований атмосферного воздуха колеблется от 2,3% до 15,0%. Содержание отдельных вредных веществ в составе атмосферного воздуха характеризуется превышением предельно допустимых концентраций, как - пыль – в 1,4 раза выше ПДК; сернистый ангидрид – в 2 раза выше ПДК; оксид углерода – в 3 раза выше ПДК; диоксид азота – в 2,5 раза выше ПДК; аммиак – в 5,5 раз выше ПДК; фенол – в 10 раз выше ПДК; формальдегид – в 6,6 раз выше ПДК.

Территория г. Донецка по степени опасности загрязнения атмосферного воздуха вредными веществами – характеризуется как очень опасная, в соответствии с ГСП-201-97 от 09.07.1997 г. «Государственные санитарные правила охраны атмосферного воздуха населенных мест (от загрязнения химическими и биологическими веществами)».

В структуре общей заболеваемости населения за исследуемый период выделяются болезни органов дыхания (среди них на первом месте – пневмония), далее следуют болезни системы кровообращения (первое место удерживает гипертоническая болезнь), болезни органов пищеварения (превалирует гастрит и дуоденит), среди прочих - болезни мочеполовой системы. Установлено, что данные показатели характеризуются выраженными темпами роста.

Корреляционный анализ между данными о заболеваемости и показателями загрязнения атмосферного воздуха города Донецка с 2011 по 2013 гг. позволил выявить наличие связи, которая оценивается как слабая прямая (коэффициент = 0,3).

За исследуемый период показатели распространенности и заболеваемости населения по изучаемым системам и нозологиям среди населения г. Донецка в целом характеризуются ростом, при этом уровень загрязнения атмосферного воздуха снижается. В структуре заболеваемости 1-е ранговое место занимали болезни органов дыхания, 2-е место болезни системы кровообращения, 3-е место болезни органов пищеварения.

*Андриенко В.В., Кучеров С.А., Башмаков А.М.*

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

### **МИНИИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОВАЗАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Актуальность. Осложнённые формы хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей у пациентов пожилого и старческого возраста характеризуются длительно незаживающими, прогрессирующими и рецидивирующими трофическими язвами нижних конечностей, существенно ухудшающими качество жизни. Данное обстоятельство зачастую обусловлено врачебным отказом в проведении операции или нежеланием больного оперироваться из-за боязни анестезиологического пособия, операционной травмы, а также связанных с ними возможных осложнений и длительным периодом реабилитации. Доказано, что первичное устранение патологического венозного рефлюкса способствует более быстрому заживлению и меньшей частоте рецидивирования венозных язв, в сравнении с нехирургическими методами лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и пенной склеротерапии (ПС) для устранения патологического рефлюкса в поверхностных венах ног у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В проспективное несравнительное исследование были включены 54 пациента в возрасте от 65 до 83 лет (средний возраст 73,7 лет), с С5 (35 пациентов – 64,8%), С6 (19 пациентов – 35,2%) стадиями ХВН по СЕАР. Под тумесцентной анестезией были выполнены 62 ЭВЛО большой подкожной вены (БПВ) и 117 сеансов ПС притоков БПВ на бедре и голени (одновременно с ЭВЛО и амбулаторно на последующих визитах).

Для ЭВЛО использовали бирадиальный световод, лазер с длиной волны 1470 нм, мощностью 7-8 Вт, линейной плотностью энергии 70-80 Дж/см. Для ПС использовали раствор натрия тетрадецилсульфата от 1% до 3%, смешанный с воздухом по методике Tessari 1:4, в объеме от 2 до 10 мл/сеанс (количество сеансов от 1 до 5, медиана 2). Максимальный диаметр БПВ в приустьевом отделе колебался от 8,2 до 35,5 мм (в среднем  $13,7 \pm 2,9$  мм). Диаметр притоков БПВ колебался от 3 до 16 мм (в среднем  $8 \pm 2,1$  мм). Минифлебэктомию не выполняли. Облитерацию БПВ и её притоков оценивали через 1,3,6 и 12 месяцев после ЭВЛО. Фиксировали наличие осложнений.

Результаты и обсуждение. Все пациенты покинули лечебное учреждение после вмешательства в сроки от 1,5 до 4 часов. Непосредственная окклюзия БПВ получена в 61 случае (98,4%). В течение 3 месяцев наблюдения реканализация БПВ имела место в 2 случаях (3,1%), что потребовало повторной ЭВЛО. Окклюзия притоков БПВ через 6 месяцев после ПС была достигнута у 46 пациентов (85,1%). Гиперпигментация кожи имела место после ЭВЛО экстрафасциальных участков БПВ (7 случаев – 11,3%) и у всех пациентов после ПС. В сроки до 6 (после ЭВЛО, 100%) и до 12 месяцев (после ПС, 93,5%) гиперпигментация регрессировала. У 2 пациентов (3,7%) после ПС диагностирован асимптомный тромбоз венозных синусов икроножной мышцы, не потребовавший какого-либо дополнительного лечения.

Выводы. Показана высокая эффективность и безопасность ЭВЛО в сочетании с ПС для лечения осложнённых форм ХВН у пациентов пожилого и старческого возраста. Возможность выполнения оперативного пособия в амбулаторных условиях позволяет подходить к лечению любых, в том числе и декомпенсированных, форм ХВН более агрессивно и радикально, независимо от возраста пациента.

*Андропова М.А., Д.Ю. Сайко, Е.А. Стапинова, Зверева Т.С.*

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», Кафедра неврологии и медицинской генетики

### **НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ ПАРКИНСОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

**Актуальность.** В связи с устойчивой тенденцией к старению населения, значимость проблемы развития хронической ишемии мозга (ХИМ), которая является одним из основных этиологических факторов развития ОНМК, весьма высока. В структуре ХИМ, одним из часто встречающихся синдромов является паркинсонический. Учитывая тот факт, что достаточно часто начальные признаки ХИМ остаются нераспознанными, актуальным в наше время является выявление ЭЭГ - предикторов развития данного синдрома. ЭЭГ при цереброваскулярных заболеваниях не имеет специфических изменений, однако, согласно современным представлениям о происхождении частот различных диапазонов, на основании качественного и количественного анализа можно судить о функциональном состоянии структур мозга, обеспечивающих познавательную деятельность человека.

**Цель.** Выявить и оценить основные нейрофизиологические особенности паркинсонического синдрома у пациентов с ХИМ 2 ст. на основе ЭЭГ исследования.

**Материалы и методы.** 1-ю (контрольную группу) составили исследуемые в возрасте от 24 до 37 лет (19 добровольцев, из них 10 мужчин и 9 женщин), которые были признаны здоровыми. Во 2-ую группу вошли 26 пациентов находившиеся на стационарном и амбулаторном лечении в ДокТМО в период с 2013-2018 с диагнозом ХИМ 2 стадии с паркинсоническим синдромом (ХИМ 2ст. с ПС) в возрасте от 54 до 72 лет (9 мужчин и 17 женщин). Регистрацию ЭЭГ производили на 8 канальном цифровом компьютерном энцефалографе НЕЙРОН-СПЕКТР Наложение ЭЭГ электродов согласно международной системе «10-20».

**Результаты и обсуждение.** При визуальном анализе ЭЭГ все кривые исследуемых добровольцев контрольной группы (КГ) относились к I типу 1-й группе («идеальная норма») по классификации Жирмунской-Лосева.

Во 2-й группе исследования 1 кривая были отнесены ко II типу (гиперсинхронный). К III типу в данной группе были отнесены 5 кривых. Подавляющее большинство ЭЭГ были отнесены к IV типу - 18 (69,2%) кривых. У 2 пациентов (7,7%) – ЭЭГ-кривые были отнесены к V типу и характеризовались значительной степенью нарушения пространственно-временной организации ЭЭГ-паттерна. У здоровых добровольцев (КГ) практически все ЭЭГ-ритмы обладают зональностью распределения на конвексительной поверхности скальпа, у пациентов 2-й группы были зафиксированы зональные различия ( $p < 0,05$ ) дельта- активности, типичные для «нормальной» ЭЭГ. Также, у данных пациентов группы было выявлено инверсирование зональных различий по  $\alpha$ -ритму: отсутствие значимых различий показателей в окципитальных, лобных и центральных отведениях, доминирование ( $p < 0,05$ ) альфа-активности в симметричных височных отделах, в то же время зональных различий ОСМ  $\beta 1$ -ритма выявлено не было.

Множественные публикации связывают активность определенных диапазонов ЭЭГ с функционированием различных медиаторных систем ЦНС. Медленные биоэлектрические процессы мозга частотой ниже 1 Гц рассматриваются как результат деятельности нейроглиальной популяции, с церебральным энергетическим обменом. Активность 6-7,5 Гц связана с холинергической системой; активность 5-6 Гц – с серотонинергической системой; активность 4-5 Гц – с адренергической активацией; активность 11-12 Гц с активации дофаминергической системой; активность 24-25 Гц (бета 2) – с серотонинергической системой. Для оценки функционального состояния данных нейромедиаторных систем ЦНС проводили исследование абсолютной спектральной мощности (АСМ) «узких» диапазонов ЭЭГ.

Для пациентов 2-й группы типичной была умеренно выраженная недостаточность холинергической и серотонинергической нейромедиаторных систем ЦНС.

Для показателей ЭЭГ пациентов 2-й группы также были выявлены ВПКС ( $r > 0,75$ ) между показателями

АСМ в диапазоне 4-5 Гц (адренергической НМА) и в диапазоне 6-7,5 Гц (холинергической НМА), АСМ в диапазоне 11-12 Гц (дофаминергической НМА) и АСМ в диапазоне 24-25 Гц (серотонинергической НМА), АСМ в диапазоне 11-12 Гц (дофаминергической НМА) и АСМ в диапазоне 6-7,5 Гц (холинергической нейромедиаторной активности).

**Выводы:** У всех пациентов с паркинсоническим синдромом, обусловленными ХИМ 2 ст., были выявлены изменения биоэлектрической активности головного мозга. На ЭЭГ определялась патологическая активация дельта - ритма, максимальное снижение уровня спектральной мощности альфа - ритма билатерально во фронтальных, центральных и затылочных отделах, повышение спектральной мощности бета - активности, преимущественно за счет  $\beta_1$  ритма, отмечалось выраженное нарушение взаимодействия между средне мозговыми структурами диэнцефальными, стволовыми, таламо-гипоталамическими структурами, базальными отделами фронтальной коры.

*Антонюк О.С.<sup>1</sup>, Сомов А.Д.<sup>1</sup>, Гайдаш Л.Л.<sup>1</sup>, Голубицкий К.О.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Институт Неотложной и Восстановительной Хирургии им.В.К.Гусака

## **ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ**

**Цель:**

Улучшить результаты лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, путем разработки и реализации одноэтапного лапароскопического метода интраоперационной холедохоскопии и контактной лазерной литотрипсии.

**Материалы:**

Согласно нашему методу, показанием к лапароскопической холедохолитотомии с помощью гольмиевого лазера было наличие камня в общем желчном протоке, независимо от его размера. Этот комбинированный метод предотвращает серьезные осложнения в раннем послеоперационном периоде и в долгосрочной перспективе.

**Методы:**

Нами описан метод контактной лазерной литотрипсии с использованием холедохоскопа Olympus и Holmium Laser Dornier Medilas H20. В ходе операций были определены оптимальные и безопасные режимы работы лазерного литотриптора. Применение предложенного метода позволило одновременно проводить лапароскопическую холецистэктомию и лазерную контактную холедохолитотрипсию без папиллосфинктеротомии и, в большинстве случаев, без рассечения общего желчного протока.

**Результаты:**

Во время нашего исследования мы исследовали лазерный эффект на конкрементах в просвете общего желчного протока. Для разрушения камней были разработаны адекватные параметры работы лазера. Все конкременты были фрагментированы. В этом случае эффективная энергия изменялась в пределах 0,5-1,0 Дж, с частотой импульсов 5-10 Гц.

Описанным выше способом были прооперированы 37 пациентов с холецистохоледохолитиазом. Серьезных осложнений и летальных исходов не было.

**Выводы:**

Использование этого метода позволяет выполнять одномоментную лапароскопическую холецистэктомию с лазерной контактной холедохолитотрипсией, сохраняя анатомическую целостность и физиологическую функцию сфинктера Одди, проводя полный визуальный контроль общего желчного протока во время и после литотрипсии и выполняя операцию без введения дополнительных троакаров.

*асс. Ахмедов Э.Н., доц. Филимонов Д.А., асс. Марусиченко Е.А., доц. Кардашевская Л.И.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра детской и общей неврологии  
ФИПО, кафедра госпитальной терапии.

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

## **СИНДРОМ «РИГИДНОГО ЧЕЛОВЕКА» КАК РАННЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ).**

**Ведение:** синдром «ригидного человека» (англ. Stiff person syndrome, SPS) является редким, инвалидизирующим состоянием, которое может сопровождать различные аутоиммунные заболевания.

**Цель исследования:** разбор клинического случая вероятного синдрома «ригидного человека», манифестировавшего за год до появления развернутой клинической картины системной красной волчанки.

**Материалы и методы:** пациентка 63-х лет, находившаяся на лечении в ангионеврологическом отделении ИНВХ им. В.К. Гусака.

**Результаты и обсуждение:** пациентка поступила в клинику в феврале 2016г. с проявлениями острой апраксии зрения и односторонним блефароспазмом. В анамнезе – длительная артериальная гипертензия, также обращает на себя внимание отсутствие данных в пользу какой-либо аутоиммунной патологии. При выполнении ЭНМГ выявлены признаки периорбикалярной дистонии. По данным МРТ имело место мелкоочаговое поражение правой лобной доли сосудистого генеза. В течение нескольких недель симптоматика регрессировала. Через 6 месяцев состояние резко ухудшилось: возникла болезненная скованность в мышцах ног, вследствие чего пациентка утратила способность к передвижению. При обследовании выявлены ЭНМГ - признаки дистонии мышц нижних конечностей. Отмечались повышение уровня СРБ до 22 мг/л, белка в ликворе до 0,56 г/л, положитель-

ный тест ANA в титре 1:100. Паранеопластические антитела не были выявлены. У пациентки был заподозрен SPS, назначен метилпреднизолон в дозе 500 мг внутривенно в режиме пульс-терапии с переходом на поддерживающие дозы от 32 мг/сут с постепенным понижением. Отмечено значительное улучшение – достигнуто полное восстановление функции ходьбы. Состояние пациентки оставалось стабильным на протяжении года. Обострение развилось остро осенью 2017 года, когда после гиперинсоляции вновь возникла болезненная скованность в мышцах ног в сочетании с фотодерматитом, проявлениями суставного синдрома и сердечной недостаточности на фоне впервые возникшей фибрилляции предсердий. При обследовании были выявлены анемия, повышение СОЭ до 60 мм/ч, СРБ до 56 мг/л, тест ANA в титре 1:320, признаки кардита, нефрита, пневмонита с пневмофиброзом. На основании критериев SLICC у пациентки диагностирована СКВ с вторичным (аутоиммунным) синдромом «ригидного человека». Были назначены метилпреднизолон в дозе 24 мг/сут, гидроксихлорохин 200 мг/сут, габапентин. Отмечена положительная неврологическая динамика в виде уменьшения дистонических явлений, частичной нормализации функции ходьбы. Пациентка переведена для дальнейшего лечения в профильное отделение.

**Выводы:** представленный случай свидетельствует о том, что развитие синдрома «ригидного человека» может в значительной мере опережать формирование развернутой клинической картины системного заболевания соединительной ткани.

**Бабюк И.А., Евтушенко Е.И., Фирсова Г.Е., Ракитянская Е.А.**

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

### **ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ПРЕПОДАВАНИЯ ОСНОВ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДПСИХОЛОГИИ**

Социальная нестабильность за последние десятилетия привела к повышению удельного веса психических и непсихотических расстройств в популяции.

Больные с подобными нарушениями нередко обращаются за помощью не только к врачам психиатрам, психотерапевтам, но и к специалистам широкого медицинского профиля. Поэтому мероприятия по улучшению психиатрической помощи населению имеют первоочередную задачу расширения психотерапевтической службы в лечебных учреждениях широкого профиля, а также в структуру учебных программ, составляемых не только по профильным дисциплинам, но также для врачей других специальностей – терапевтам, невропатологам, семейным врачам и др.

В настоящее время описано и применяется в практике несколько тысяч психодиагностических методик, более 800 форм и методов психотерапии. При этом важно учитывать не только границы применения того или иного метода, но и его соответствия с культурно-ментальными особенностями населения и правильного использования в комплексе с медикаментозным лечением.

По мнению ведущих отечественных специалистов (Абрамов В.А., Титиевский С.В., Студзинский О.Г. и др.) наиболее перспективным является создание интегративных моделей клинической психотерапии и медицинской психологии, базирующихся на идентификации и классификации клинических групп пациентов, а не психотерапевтических направлениях и методах. Концептуальная основа клинической психотерапии, как законченного медицинского действия, обуславливает объем методологических подходов, структурно-организационные формы и направления ее развития.

**Бабюк И.А., Титиевский С.В., Евтушенко Е.И., Побережная Н.В.**

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

### **О ПРОБЛЕМАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Отечественная школа клинической психологии имеет значимое и авторитетное теоретическое наследие, на основе чего при современных социокультурных изменениях разрабатываются ведущими отечественными учеными (Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б., Кришталь В.В., Абрамов В.А. и др.) новые стратегические пути ее развития. При этом исследователи отмечают тенденцию, что ряд общепринятых диагностических техник отстают от происходящих семантических сдвигов в общественном и индивидуальном сознании, от процессов патоморфоза психических расстройств, утрачивают базисные качества критериев валидности, стандартизации, качества жизни пациентов (социальные, психологические) и др. Остаются нерешенными многие вопросы профессиональной этики.

В преподавании основ медицинской психологии врачам-интернам и курсантам курсов тематического усовершенствования значительное внимание уделяется общеметодологическим вопросам психологической науки.

В правильном представлении материала особая роль отводится преподавателям, которые четко обязаны концептуально отстаивать психологию как науку и дифференцировать ее от пара- и псевдопсихологических теорий. Только современный мультидисциплинарный подход с использованием передовых достижений психологии, философии, семиотики и пр. позволяет избежать неверных толкований и решать указанные проблемы.

**Бабюк И.А., Титиевский С.В., Евтушенко Е.И., Черепков В.Н.**

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

### **О СПЕЦИФИКЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПСИХОТЕРАПИЯ»**

Переход на Международную классификацию болезней 10-го пересмотра и реформирование учебного процесса позволяет перевести подготовку врачей психиатрического профиля и общемедицинской практики на уровень международных стандартов.

Исходя из современных научных тенденций, особое внимание отводится подготовке специалистов по гуманистическому, когнитивно-бихевиористскому, психоаналитическому направлениям психотерапии. Важная роль отводится лекционному материалу, что находит отражение в структуре учебных программ, составляемых не только для специалистов психиатрического профиля, но также врачей общемедицинского профиля.

В частности, когнитивно-поведенческая психотерапия входит в структуру психосоциальных мероприятий при реадaptации больных шизофренией и биполярными расстройствами. При пограничной психической патологии находят применение преимущественно бихевиористские, рациональные, когнитивно-бихевиористские методы, а также релаксационная, недирективная, психодинамическая психотерапия, аутогенная тренировка.

Спецификой обучения когнитивно-поведенческой терапии врачей общемедицинского профиля является дифференцированное составление учебных программ с включением в них простых методик, осуществляемых индивидуально, так и более сложных, используемых в группах. Уделяется большое внимание подготовке врачей-интернов и последипломному обучению врачей рациональным (когнитивным) и поведенческим методам психотерапии при сохранении в структуре учебного материала достаточной доли методов, относящихся к суггестивному, экзистенциальному, психодинамическому направлениям современной психотерапии, осуществляемых в индивидуальной и групповой формах.

**Бабюк И.А., Евтушенко Е.И., Фирсова Г.Е., Эль Хатиб М.А.**

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

### **О ЗНАЧЕНИИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДГОТОВКЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ И ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ**

Псевдосоматические расстройства в рамках астенических, истерических, ипохондрических, депрессивных и других психических проявлений нередко встречаются в общей врачебной практике. К указанным патологическим состояниям часто присоединяются соматовегетативные и неврологические компоненты, что требует со стороны врача-терапевта особых знаний в проведении дифференциальной диагностики, т.к. удачное сочетание симптоматического лечения и различных форм и методов психотерапии способствует нивелированию жалоб пациента и благоприятному прогнозу заболевания.

Это указывает на важную роль повышения знаний врачей общемедицинской сети и в подготовке семейных врачей, для чего в учебные программы врачей-интернов и врачей-курсантов обязательно должно быть предусмотрено преподавание основ медицинской этики, деонтологии, психотерапии и клинической психологии, выделены часы для курации подобных больных клинического разбора случаев. Весьма актуальны разработка специальных учебных программ по конкретным проблемам психосоматической патологии (клиника, диагностика, комплексное лечение), проведение тематических конференций, семинаров, организация курсов повышения квалификации.

Подобный подход способствует не только повышению знаний врача, оптимизации и качества медицинской помощи населению, но и интеграции системы психотерапевтического обслуживания в общесоматические лечебно-профилактические структуры.

**Бабюк И.А., Евтушенко Е.И.**

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

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДЕТЕРМИНИЗМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ УРБАНИЗИРОВАННОГО РЕГИОНА**

К числу самых актуальных проблем современного общества относится проблема общественного здоровья, среди которого особое место принадлежит психическому здоровью.

Цель работы. Установить закономерности формирования общественного психического здоровья и выявить ключевые экзогенные факторы психического риска.

Установлено, что социальная среда обитания урбанизированного индустриального региона имеет выраженные депрессивные свойства, предопределяемые следующими процессами: высокий уровень психологической общей и трудовой тревожности населения (>40 баллов по Спилбергу), наличие и частые подъёмы безработицы (от 2% до 9%), низкий уровень жизни населения, высокая внутренняя и внешняя региональная трудовая миграция населения (30 человек/1000 населения), депрессия промышленности в малых и средних городах (50-80% промышленных объектов), большой удельный вес работающего населения (45-60%) с нерациональным и напряженным (80-85%) режимом дня, большой удельный вес работающего населения с вредными привычками (65-70%) и нездоровым образом жизни (75-80%). Общественное психическое здоровье населения характеризуется волновыми свойствами хронодинамики психической заболеваемости, большой распространённостью психических расстройств среди населения (500,9±11,8 случаев на 10 000), большой поражённостью психическими расстройствами взрослого (>18 лет) населения (531,7±12,5 случаев на 10 000), более высокой распространён-

ностью психических расстройств среди городского, чем среди сельского населения (на 67,9% случаев), а также подросткового (364,6±7,9 случаев на 10 000), чем детского (330,2±5,5 случаев на 10 000) населения. Общественное психическое здоровье имеет выраженную территориальную зависимость, распределяясь на 4 статистически достоверных стандартных уровня по частоте возникновения психических расстройств: максимальный (76,3±2,5 случаев), средний (53,9±1,3 случаев на 10 000), ниже среднего (41,1±1,8 случаев на 10 000) и минимальный (22,9±2,4 случаев на 10 000).

Расстройства психики являются одной из ведущих причин инвалидизации населения и занимают 5-6 ранговые места из 13 причин с показателями 3,2 случаев (первичная заболеваемость) и 4,5 случаев (распространенность) на 10 000 человек. Хронодинамическая 10-летняя кривая инвалидизации населения по причине психических расстройств имеет вид устойчивой растянутой параболы. Частым исходом психогенной инвалидности является смертность населения, которая занимает среди всех причин 11 ранговое место из 16 с показателем 6,3 случаев на 100 000 населения. Показатель смертности устойчив и длительное время (30 лет) удерживается в пределах 2,4-11,0 случаев на 100 000 человек.

В формировании расстройств психического здоровья населения принимают активное участие 6 групп экзогенных факторов риска, которые по величине индекса относительного риска располагаются в следующей ранговой последовательности: социально-бытовые и семейно-психологические – 1-е место, образа жизни – 2-е место, алиментарные – 3-е место, профессиональные – 4-е место, макроэкономические и 4 общественно-психологические – 5-е место, экологические – 6-е место.

Эффективная профилактика аффективных психических расстройств и депрессивных состояний населения достигается на основе полифункциональной технологии с базовым и подкрепляющим оздоровлением, дифференцированным по группам психического риска: умеренного, среднего и высокого.

*Багрий А.Э., Хоменко М.В., Салоникиди А.И.*

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

## **К ВОПРОСУ О ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ЭТАПОВ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ: ПОЗИЦИИ ТЕРАПЕВТА И ИНФЕКЦИОНИСТА**

Первичная серологическая оценка пациента (будь то скрининг или тестирование при наличии клинико-лабораторных признаков диффузного поражения печени) представляет до сих пор серьезную проблему для врачей первичного звена лечебных учреждений. Учитывая потребности компетентного подхода в образовании врачей различного уровня, нам представилось важным уточнение вопросов первичной диагностики хронических вирусных гепатитов (ВГ), которая у терапевтов и инфекционистов-гепатологов существенно различается.

Современные серологические методы позволяют а) верифицировать ВГ на основе выявления в крови генетического материала (ДНК/РНК вируса), структурных его частиц (антигенов) и/или антител к ним; б) судить о полноценности сероконверсии (выработки антител к различным антигенам вируса), а, следовательно, констатировать выздоровление или персистенцию хронического ВГ; в) оценивать репликативную активность вируса по количеству копий вирусных частиц (копий) в единице объема сыворотки (вирусная нагрузка), а также г) устанавливать генотип вирусов (включая мутантные формы), что позволяет определить показания к противовирусной терапии, обосновывать выбор лечебной программы и оценивать ее эффективность.

Наиболее адекватным скрининговым подходом признана комбинация маркеров ВГ, определяемых методами иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции. Таким образом для первичной диагностики хронического ВГ В (скрининг) может быть использована любая из приведенных парпоказателей: 1) ДНК (качественный тест) + HBsAg; 2) ДНК (качественный тест) + HBsAg; 3) ДНК (качественный тест) + суммарные HBsAg-антитела. Первичный скрининг на ВГ С базируется на выявлении РНК вируса (качественный тест) или суммарных антител, что позволяет использовать и низкочувствительные методы. Положительные результаты вышеуказанных тестов являются основанием для направления пациента на общеклинические исследования крови и мочи, функциональные печеночные пробы, ультразвукографию органов брюшной полости для последующей консультации инфекциониста-гепатолога. Последний вправе потребовать более углубленного (и обычно более дорогостоящего!) тестирования высокочувствительными методами, чтобы подтвердить наличие вирусной инфекции, а также предложить дополнительные обследования (например, оценка вирусной нагрузки, генотипирование вируса).

Особое место занимает диагностика ВГ у лиц с клинико-лабораторными признаками диффузного заболевания печени, выявленными в процессе первичного обследования. Так, у лиц с «остро» развившейся желтухой без указания на токсические факторы воздействия (алкоголь, лекарственные препараты) следует исключать: 1) острый ВГ А (ДНК или суммарные антитела); 2) острый/хронический активный ВГ В (ДНК + HBsAg или ДНК + HBsAg или ДНК + анти-HBsAg IgM). При случайном выявлении гепатомегалии и/или повышенного уровня аланинаминотрансферазы следует исключать хронический ВГ С.

При выявлении у больных с гепатомегалией косвенных признаков цирроза печени (расширение портальной и селезеночной вен, спленомегалия, гипербилирубинемия, гипоальбуминемия, снижение активности сывороточной холинэстеразы, увеличение протромбинового времени или снижение протромбинового индекса) или гепатоцеллюлярной карциномы (увеличением концентрации  $\alpha$ -фетопротеина тестирование на ВГ целесообразно лишь у реальных кандидатов на трансплантацию печени.

*Багрий А.Э., Хоменко М.В., Шукина Е.В., Ефременко В.А.*

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

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Основными мотивами выбора молодыми людьми медицинской профессии, как демонстрируют специальные исследования, являются (без ранжирования): желание оказывать помощь людям, облегчать их страдания; возможность заботиться о здоровье своих близких и/или своем здоровье; высокий социальный престиж профессии; традиции семьи («врачебная династия»); желание использовать профессию как форму бизнеса. Наиболее низкий уровень мотивации к изучению медицинских дисциплин проявляют те студенты, кто поступил в высшее учебное заведение (ВУЗ) «случайно» (под давлением родителей, из-за территориальной близости ВУЗа) и не связывают планируемую профессиональную карьеру с медициной. Вместе с тем, и среди лиц, готовых связать свою жизнь с медициной, также встречаются те, кто посещает занятия «без интереса», что обычно связано с двумя причинами: 1) студент считает данный предмет «ненужным» для овладения конкретной медицинской специальностью и 2) преподаватель не смог заинтересовать студента своим предметом.

Повышение мотивации обучающихся к постижению врачебной науки (как основ ее, так и высот профессионального мастерства) требует от преподавателей додипломного этапа использования многих приемов. Так, мониторингирование учебного рейтинга и использование системы поощрений в случае роста успеваемости студентов (призы, поздравления с размещением личных фото в материалах ВУЗовской прессы, льготы при выборе баз летней практики, получения желаемой специальности и т.д.) является мощным мотивационным фактором на первых курсах обучения. На студенческих кафедрах также оправдывает себя апелляция педагога к личному опыту обучаемого в различных житейских ситуациях (течение респираторных инфекций или пищевых отравлений в семье, оказание помощи пострадавшим при бытовых травмах или дорожных происшествиях и т.п.), что делает обучение личностно значимым для студентов. Описания клинических случаев, встречающихся в литературе, из собственного опыта преподавателя, а также обращения к опыту замечательных врачей прошлого могут стать первыми яркими впечатлениями о «могуществе» врача-профессионала в любой жизненной ситуации, что является мощнейшим средством воспитания будущих врачей. Владение преподавателем навыками «актерского мастерства», его личная энергетика, увлеченность профессией способствуют тому, что, по примеру преподавателя студент начинает «увлекаться» и предметом, который тот преподает. На последипломном этапе повышать мотивацию к обучению предлагают с помощью игровых методов. Например, предоставление возможности низкомотивированному студенту решить необычную и «сверхсложную» для него задачу позволяет ему почувствовать себя «лидером» хотя бы на одном занятии, что может инициировать желание продолжить «линию успеха». Высокоэффективными признаны соревновательные и ролевые учебные игры-тренингов (наиболее удачны при освоении навыков неотложной помощи) и использование коллективного анализа клинических ситуаций, требующих решения дифференциально-диагностических или лечебно-тактических задач. Ролевые игры, моделирующие формы поведения врача при общении с больными, его родственниками, средним медперсоналом обычно носят характер тренинга деонтологически значимых и навыков работы в команде. Для внеаудиторной работы рекомендуют использовать ситуации-упражнения, когда обучающимся предлагают изучить клиническую ситуацию самостоятельно по доступным источникам информации (учебник, руководство, статьи), после чего разработать план диагностики и тактику лечения.

Поскольку профессиональная мотивация будущих врачей во многом зависит от личностно-деятельностных типов обучающихся, разработка системы дифференцированного использования различных мотивационных стимулов позволит обеспечить максимально высокий уровень эффективности обучения.

*Баздырева Ю.А., Чуприна Е.И., Буканов Е.К.*

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

Кафедра медицинской физики, математики и информатики

## **ПОРТФОЛИО КАК НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА**

Формирование навыков постоянного профессионального обучения и роста, решение проблемы студенческой конкуренции в высшей школе, является актуальным направлением в современной студенческой жизни. Благодаря использованию современного интернета в образовательной среде происходят масштабные качественные технологические изменения, касающиеся профессиональной подготовки к специализации. Одной из таких эффективных интернет технологий принято считать сервис - «портфолио», который демонстрирует индивидуальный уровень знаний и практические навыки студентов.

Портфолио – это еще и способ для мотивации студентов к учебной, спортивной и культурной деятельности. Как следствие, у обучающихся совершенствуются стремление к самоорганизации, дисциплине и ответственности. С помощью портфолио можно выявить как сильные, так и слабые стороны, профессиональной подготовки можно устранить пробелы в знаниях. Данные портфолио при необходимости быть истолкованы преподавателями системы профессионального образования, для индивидуальной конкуренции профессиональных навыков и повышение мотивации к освоению конкретной специальности.

Цель данной работы – разработка единых подходов к формированию информационных ресурсов для адекватной работы сервиса «портфолио» который отображает этапы индивидуального развития профессиональной компетентности студентов вуза.

В работе были рассмотрены преимущества использования многих видов «портфолио» для развития профессиональной компетентности студентов. Во время процесса разработки данного сервиса было предложено внедрить ряд алгоритмов для постоянных теоретических знаний и навыков студента.

Предполагается не только фиксация существующих достижений студентов в решении конкретных образовательных задач, но и демонстрация их достижения в других сферах социальной бытовой и культурной. Благодаря «портфолио» можно успешно не только повышать мотивацию к обучению, формировать здоровую конкуренцию среди одноклассников, но и прогнозировать профессиональное будущее студента. Для формирования портфолио была разработана следующая и предложена следующая структура этого сервиса :

1. Студент Персональные данные студента
2. Образовательная деятельность ( успеваемость на всех курсах и дисциплинах )
3. Научно-исследовательская деятельность (Научно исследовательская деятельность в течении периода всего курса )
4. Итоги прохождения практик ( сестринская, фельдшерская, врачебная)
5. Дополнительные личные достижения ( в разных сферах жизни обучающихся )

Данный вид сервиса открывает доступ не только службам и отделам университета, но и сторонние организации медицинского профиля, заинтересованные в молодых специалистах.

Таким образом «Портфолио» это комплексный набор инструментов, который позволяет формировать потенциальный портрет будущего специалиста, открывает путь не только к альтернативному оцениванию образовательных, профессиональных достижений, и личностных качеств, но и позволяет в процессе получения образования развивать, и совершенствовать личностные качества — будущего доктора .

**Башеев В.Х., Мутык М.Г., Балабан В.В.**

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, Донецк

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ. КАК МЫ ЭТО ДЕЛАЕМ**

### **Введение**

Одна из наиболее важных причин несостоятельности швов колоректальных анастомозов - недостаточное кровоснабжение приводящего и отводящего участков толстой кишки. В то же время, в погоне за удовлетворительным кровоснабжением, не должна страдать радикальность оперативного вмешательства.

### **Материалы и методы:**

Пациентка 77 лет. Диагноза: рак средней трети сигмовидной кишки T4N0M0 по данным предоперационных инструментальных методов обследования

### **Результаты:**

Выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с сохранением левой ободочной артерии и верхней прямокишечной артерии. Латеро-медиальным доступом произведена мобилизация сигмовидной кишки в эмбриональных слоях с нервосерегающей техникой. Сохранены левый и правый стволы верхнего гипогастриального сплетения, а также выполнена лимфодиссекция ДЗ

### **Выводы:**

Данный метод целесообразен при локализации опухоли в средней трети сигмовидной кишки и позволяет улучшить перфузию крови в участках для формирования толсто-толсто кишечного анастомоза. Скелетизация верхней прямокишечной артерии позволяет рассчитывать на удаление всех лимфатических узлов, которые ее окружают, тем самым оправдывая онкологическую целесообразность данной методики

**Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И., Клименко В.А.**

Кафедра общей хирургии № 2 ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

## **ВАРИАНТЫ И ПРИЧИНЫ МИГРАЦИИ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ В ГЕРНИОРАФИИ. РЕДКИЕ СЛУЧАИ ИЗ СОБСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ.**

Миграция протеза является одним из осложнений использования эксплантационных методик в герниорафии. Среди приведенных в литературе вариантов можно выделить миграцию в полые органы, в окружающие ткани, наружная миграция, чаще всего оцениваемая как отторжение протеза. Причины миграции эксплантатов чаще всего связаны с недостаточной их фиксацией и удалением от зоны первичного расположения (истинная миграция). Другой вариант миграции связан с расположением протеза рядом с полыми органами и последующим вращением его в орган (псевдомиграция).

Эксплантационные методики герниорафии применяются в клиникес 2000 года. Ежегодно выполняется в среднем 240,5±21,2 операций по поводу лечения грыж брюшной стенки. Соотношение экстренных вмешательств к плановым операциям составляет в среднем 1:10. Наибольшая частота встречаемости истинной миграции протеза в нашей практике была отмечена на начальном этапе освоения эксплантационных методик и была связана с недостаточной фиксацией (сигарообразное скручивание, миграция в клетчатку) и случаями частичного отторжения с миграцией в подкожной клетчатке при расположении «onlay» (частота около 3,5 % по данным 2000-2005 гг). С недостаточной фиксацией также связаны случаи рецидива грыжи в связи с ретракцией протеза, что можно расценить также как вариант локальной миграции в сторону хорошо фиксированной части. Наиболее интересными представляются несколько наблюдений наиболее тяжелых случаев миграции протезов: 1) истинная миграция незакрепленного протеза «plug» в просвет слепой кишки с формированием кишечного свища после использования способа типа Lichtenstein-II (методика «plug – пробка») при послеоперационной

грыжке после аппендэктомии – выздоровление после резекции купола слепой кишки и удаления «plug»-протеза; 2) отторжение большей части «onlay» протеза с рецидивом и ущемлением срединной вентральной грыжки – выздоровление после удаления протеза и пластики «sublay», с дополнительной интубацией тонкой кишки; 3) частичное отторжение и отрыв медиального фрагмента протеза Lichtenstein-I с формированием наружного свища и псевдомигриацией в общую бедренную артерию – смерть от острой кровопотери и ДВС-синдрома на 2 сутки после операции удаления протеза, ангиопластики дефекта артерии аутовенозной заплатой. Первичные операции этим больным были выполнены в других лечебных учреждениях.

В последние годы случаи отрыва и локальной миграции протеза после оперативных вмешательств, выполненных в клинике, встречались нами лишь после травматических повреждений живота (падение на живот, значительная физическая нагрузка с растяжением мышц брюшной стенки, контузия брюшной стенки). У одной больной зафиксирован отрыв верхней части протеза, установленного по поводу послеоперационной ниже-срединной грыжки, после падения от взрывной волны во время обстрела. Частота случаев отрыва и миграции протезов за период с 2013 года по собственным данным составила 0,68 % (n=7 из 1018). Концепция герниорафии для предупреждения отрыва и миграции протезов в нашей клинике базируется на следующих принципах: 1) максимальное использование комбинированных методов с глубоким (подапоневротическим) расположением протеза; 2) надежная фиксация протезов к фасциально-апоневротическим структурам, в том числе с применением сквозных растягивающих швов.

*Белинский В.В., Якиревич И.А., Попов А.С.*

ФГКУ Центроспас МЧС России

### **ОСОБЕННОСТИ МЕЖГОСПИТАЛЬНЫХ ТРАНСПОРТИРОВОК БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ С МНОГОФАКТОРНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ.**

Анализируя собственный опыт, а также опыт коллег из иных ведомств и служб, изучая зарубежную литературу по данному вопросу, мы пришли к выводу о необходимости единого подхода к процессу подготовки пациентов как к транспортировке массового характера, так и к единичным медицинским эвакуациям. Отработка основной методики велась на пациентах с ожоговой и термоингаляционной травмой, так как данная патология является одной из самых тяжелых и сопровождается нестабильным состоянием пациентов, особенно при массовых поступлениях.

Понятие «многофакторные поражения» позволяет обобщать всю патологию и выстраивать алгоритм подготовки и ведения пациентов на различных этапах эвакуации и лечения. Впервые данный термин был предложен А.И. Буглаевым в 1978 году, когда проводились исследования поражающих факторов в зоне горения боевых зажигательных смесей. Затем, в сентябре 2012 года, объединением комбустиологов «Мир без ожогов» данный термин использовался в рекомендациях по лечению больных с ожоговой травмой.

«Многофакторное поражение» следует понимать, как сочетание ожогов кожи с ингаляционной травмой, отравлением продуктами горения, общим перегревом организма, различными сочетанными или комбинированными травмами, развитием или обострением различной соматической патологии и формированием психологической травмы. Данные больные и пострадавшие должны доставляться в многопрофильные клиники в ближайшее время с адресной госпитализацией.

Данный вопрос актуален, так как большинство транспортируемых пациентов находится в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, требующем респираторной поддержки. Примерами могут служить пострадавшие в локальных бытовых пожарах, террористических актах, техногенных катастрофах, и претерпевшие одновременное воздействие ряда факторов. Если профильные стационары находятся на отдаленном от места ЧС расстоянии, при наличии двух и более пострадавших наиболее целесообразно, не увеличивая численности медицинского персонала, а также сокращая время эвакуации, использовать авиатранспортировку. Ранее воздушные борты не были оборудованы специализированными отсеками с необходимой аппаратурой и запасом кислорода. На сегодняшний день авиация МЧС России располагает различными типами самолетов и вертолетов для одномоментной эвакуации пациентов в количестве от 1 до 20 с применением ММС, ММО, ММВ. Особенность комплектации оборудования для каждого пациента предусматривает его однократное подключение без последующей замены, вне зависимости от этапов оказания помощи и применяемой техники. При авиамедицинской эвакуации силами МЧС России на одного больного, как правило, приходится два аппарата ИВЛ. Опыт персонала и оснащенность необходимой аппаратурой позволяют в крайних случаях применять для транспортировок не подготовленную специально технику.

Массовое поступление пострадавших с ожоговой травмой требует большого госпитального ресурса, диагностического оборудования и различных лечебных мероприятий. Данные пациенты пребывают в стационаре длительное время, а тактика терапии, особенно в первые пять суток, может подвергаться изменениям. Уровень оснащенности клиники и госпитальный фонд не всегда позволяют проводить необходимую диагностику и адекватную интенсивную терапию. Поэтому для экспресс-диагностики и коррекции состояния пациентов применим термин «многофакторные поражения» независимо от времени получения травмы.

В настоящее время, подготавливая пациентов к последующей транспортировке воздушным путем, мы не только совершенствуем подход к оснащению бортов необходимым оборудованием, но и проводим, при отсутствии такого оборудования в клиниках, все требуемые исследования для оценки состояния витальных функций и предупреждения различных осложнений. Для определения ТИТ и проведения сложной интубации при ДН используется УЗИ- диагностика, ФБС, проводится лабораторная диагностика в динамике (показатели газов

крови), применяется нейро-мониторинг. Различные методики используются для увлажнения кислорода при длительном нахождении пациентов на ИВЛ в ходе эвакуации. При подготовке к эвакуации используются все возможности стационара для обследования пациента и оценки всех рисков на месте с последующими лечебными мероприятиями. Как в процессе подготовки к транспортировке, так и во время нее возможно применение метода экстракорпоральной детоксикации и использование ЭКМО.

Весь приобретенный опыт и наличие доступных технических средств позволили создать протокол подготовки и ведения пострадавших независимо от их числа и отведенного на это времени.

Протокол подготовки больных с многофакторными поражениями к авиамедицинской эвакуации:

осмотр больного, оценка тяжести на основании ранее проведенных инструментальных и лабораторных методов исследований, динамического наблюдения;

при подозрении многофакторного поражения: ФБС + протезирование ВДП + применение концепции безопасной ИВЛ и оценка кислородного статуса;

динамическое применение экспресс-лабораторных методов;

проверка наличия ЦВК и ПВК G-16, установка назо-гастрального зонда с целью диагностики стрессовых язв Курлинга и введения антацидов, проверка мочевого катетера;

инфузионная терапия, направленная на улучшение микроциркуляторной перфузии и гемодинамики;

мультиmodalная седация и обезболивание;

перевязка или обработка раневой поверхности;

однократная фиксация больного при различных способах транспортировки;

постоянная готовность к неотложным состояниям и оценка времени общей транспортировки.

Выводы: незаменима и объективная оценка тяжести состояния, стандартизация подходов к транспортировке позволяет снизить критерии нетранспортабельности, более быстро и качественно оказывать помощь на месте и подготавливать к эвакуации большое число раненых и пострадавших, а также адекватно вести больных на всех этапах транспортировки.

*Беседина Е.И.<sup>1</sup>, Демкович О.О.<sup>1</sup>, Акимова Л.С.<sup>2</sup>, Говжева Л.П.<sup>2</sup>, Давыдова А.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

<sup>2</sup>Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (ДНР)

### **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ЭПИДНАДЗОРА ЗА ИЕРСИНИОЗОМ**

Иерсиниозы (иерсиниоз и псевдотуберкулез) – зоонозные инфекционные заболевания, характеризующиеся повсеместным распространением, возникновением вспышек и групповых эпидемических очагов, трудностями диагностики и проведения противоэпидемических мероприятий.

По данным Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний в странах Европейского союза иерсиниозы (И.) являются третьим по распространенности зоонозом. Наиболее высокие показатели заболеваемости (от 5,6 до 10,6 сл. на 100 тыс. населения) отмечаются в Литве, Греции, Германии и Финляндии. Описаны вспышки водного и пищевого характера в Российской Федерации и странах Европы.

С целью установления особенностей эпидемиологии И. в Донецком регионе проанализированы показатели заболеваемости и лабораторного мониторинга за 2007-2017 гг.

Заболеваемость И. за указанный период находилась в пределах от 0,16 сл. на 100 тыс. населения до 0,95 сл. на 100 тыс. населения, в 2016 – 2017 гг. отмечался рост количества зарегистрированных случаев в 1,3-2,1 раза в сравнении со средними многолетними показателями.

Заболеваемость И. в основном носила спорадический характер. Согласно архивным данным Донецкой областной санэпидстанции в 2002 году была зарегистрирована вспышка с водным фактором передачи с 32 пострадавшими, в т.ч. 3 детьми. Наличие *Yersinia enterocolitica* в объектах внешней среды (в речной воде и биоматериале от крысы) и среди заболевших подтверждено лабораторно. В 2017 г. в ДНР зарегистрирована вспышка И. предположительно пищевого характера с 8 пострадавшими (все взрослые). У 3-х заболевших диагноз И., вызванный *Y. enterocolitica* ОЗ, О4, установлен серологическим методом. Из объектов внешней среды возбудитель не изолирован.

Лабораторией особо опасных инфекций Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР проводятся исследования от людей и объектов внешней среды (мышевидные грызуны, серые крысы, смывы) на И. и псевдотуберкулез бактериологическим и серологическим (реакция непрямой гемагглютинации – РНГА) методами, с 2016 года внедрена ПЦР-диагностика. Согласно многолетним данным в регионе установлена преимущественная циркуляция *Y. enterocolitica* среди людей и в объектах внешней среды. В последние годы существенно снизилась результативность бактериологической диагностики И., наиболее значимым в настоящее время является метод РНГА, в котором в 2015 г. получено 14% положительных результатов среди обследованных лиц. Для изучения циркуляции иерсиний во внешней среде наиболее предпочтительным является бактериологический метод, в 2014 г. в 6,3% исследованных проб выделена культура *Y. enterocolitica*

В 2016 г. методом ПЦР был исследован материал от больных с диагнозом острых кишечных инфекций, в 6,3% выделялась ДНК *Y. enterocolitica*, что значительно превышает удельный вес И. в структуре гастроэнтероколитов установленной этиологии согласно формам государственной статистической отчетности по инфекционным и паразитарным заболеваниям.

Таким образом, в Донецкой Народной Республике назрела существенная необходимость разработки и внедрения в практику работы учреждений здравоохранения и санэпидслужбы научно обоснованной системы эпидемиологического надзора за иерсиниозами с оптимизацией их лабораторной диагностики.

*Беседина Е.И.<sup>1</sup>, Демкович О.О.<sup>1</sup>, Каленчук Н.Л.<sup>1</sup>, Гричулевич Н.Б.<sup>2</sup>, Неццет Е.Н.<sup>2</sup>, Ткаченко И.М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

<sup>2</sup>Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (ДНР)

## **ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ, ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЕЕ ЭЛИМИНАЦИИ**

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в ходе реализации программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по элиминации кори к 2015 г., три главные промежуточные цели так и не были достигнуты. Не обеспечен охват детей первого года жизни прививкой корьсодержащей вакциной на уровне не менее 90% (за 2017 г. данный показатель по информации ВОЗ составил 85%). Не удалось поддерживать ежегодный уровень заболеваемости корью менее 5,0 сл. на 1 млн. населения (по данным Европейского бюро ВОЗ за август 2017 - июль 2018 гг. критерий эпидемиологического благополучия превышен в 31 стране Европейского региона, в т.ч. в Грузии, Греции, Сербии и Украине - в 59-137 раз). Оценочная смертность от кори по сравнению с 2000 г. снизилась на 79% вместо 95% планируемых. По оценкам экспертов ВОЗ главной причиной неудач стали серьезные пробелы в состоянии иммунизации детского населения. Новый Глобальный стратегический план борьбы против кори и краснухи, предложенный ВОЗ, охватывает период до 2020 года и ставит своей главной целью достижение элиминации кори и краснухи в 5 регионах.

С целью установления особенностей и тенденций эпидемического процесса кори в Донецком регионе были проанализированы многолетние показатели заболеваемости, напряженности коллективного иммунитета и охвата прививками против кори. В 2015-2016 гг. случаи кори в ДНР не зарегистрированы. В 2017 г. произошел занос коревой инфекции жительницей г. Донецка из Шри-Ланки, что подтверждено выделением вируса генотипа D8, имеющим индийское происхождение (генотипирование проведено Федеральным бюджетным учреждением науки Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора - ФБУН МНИИЭМ им. Габричевского). Занос кори в 2017 г. не привел к эпидемическому распространению инфекции и ограничился единичными контактными случаями по месту жительства и работы первой заболевшей.

В декабре 2017 - январе 2018 г. произошло несколько одновременных заносов кори на территорию Донецкой Народной Республики из Российской Федерации (подтверждено в ФБУН МНИИЭМ им. Габричевского выделением вируса генотипа В3, активно циркулирующего на территории РФ с 2017 г.) и Украины. Распространение инфекции происходило с формированием множественных эпидемических очагов в быту, учреждениях здравоохранения и образования. За 6 месяцев 2018 г. показатель заболеваемости корью по окончательным диагнозам составил 9,5 сл. на 100 тыс. населения и уже в 19 раз превысил годовой показатель эпидемиологического благополучия по кори (5,0 на 1 млн. населения).

Ухудшение эпидситуации по кори обусловлено серьезными пробелами иммунопрофилактики, отмечающимися в ДНР: нерегулярностью и недостаточностью поставок вакцин, низким охватом прививками детского населения в течение последних лет (от 80% в 2012 г. до критических 16% в 2017 г.), постоянно ухудшающимися показателями напряженности коллективного иммунитета (в 2017 г. удельный вес лиц с отсутствием и недостаточным уровнем антител к кори составил 26,1%).

Таким образом, с целью недопущения дальнейшего распространения кори на территории ДНР и достижения цели ее элиминации необходимо принятие экстренных мер по улучшению состояния иммунопрофилактики.

*Беседина Е.И.<sup>1</sup>, Каленчук Н.Л.<sup>2</sup>, Мельник В.А.<sup>1</sup>, Лыгина Ю.А.<sup>1</sup>, Андреев Р.Н.<sup>1</sup>, Зятева А.П.<sup>1</sup>, Ермаков И.Р.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

<sup>2</sup>Донецкий городской центр Республиканского центра санэпиднадзора ГСЭС МЗ ДНР

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕУПРАВЛЯЕМОМИ КАПЕЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В Г. ДОНЕЦКЕ**

Воздушно-капельные инфекции чрезвычайно широко распространены в мире и занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной заболеваемости как взрослых, так и детей. Медико-социальная значимость этих инфекций определяется их повсеместной распространенностью, высокими показателями заболеваемости, в том числе среди детей, очаговостью. Среди медико-социальных аспектов необходимо выделить и возможность развития стойких органических изменений в различных органах, приводящих к инвалидизации детей и нарушению их социальной адаптации. Заболеваемость данными инфекциями зависит от многих факторов. В первую очередь, это нарушение санитарно-эпидемиологического режима в детских дошкольных учреждениях: создание смешанных групп, их «переконтактованность», что приводит к неизбежному повышению общей инфекционной заболеваемости в детских коллективах.

С целью установления особенностей эпидемического процесса капельных инфекций, неуправляемых средствами специфической профилактики нами были проанализированы данные официальной регистрации заболеваемости этими инфекциями за 2016-2017 гг. по материалам Донецкого городского центра Республиканского центра санэпиднадзора ГСЭС МЗ ДНР.

В ходе ретроспективного эпидемиологического анализа установлено ухудшение эпидемической ситуации по группе неуправляемых воздушно-капельных инфекций в течение изучаемого периода. Следует отметить, что в общей структуре заболеваемости респираторными вирусными инфекциями 77,7 % составляли дети в возрасте от 0 до 17 лет, из них 49,5 % - дети школьного возраста.

За изучаемый период заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) без гриппа выросла на 25,74%. Также отмечался рост заболеваемости ветряной оспой (с 199,5 до 303,7 на 100 тыс. населения). На основании имеющихся литературных данных о периодических колебаниях заболеваемости данной инфекцией можно предположить, что наблюдаемый рост заболеваемости связан с началом очередного периодического подъема. В возрастной структуре заболевших 93,3 % составили дети в возрасте до 17 лет. Кроме того, имеет тенденцию к возрастанию и показатель заболеваемости скарлатиной (с 6,5 до 11,7 на 100 тыс. населения). При этом 99% всех заболевших - дети в возрасте до 17 лет. Также в 2017 г. зарегистрировано 7 случаев заболевания менингококковой инфекцией (интенсивный показатель 0,52 на 100 тыс. населения), в 2016 году случаи этого заболевания не регистрировались.

Таким образом, в г. Донецке в настоящий момент наблюдается неустойчивая ситуация по заболеваемости неуправляемыми капельными инфекциями. Поскольку, уровень заболеваемости ими зависит от многих факторов, комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий должен включать тщательное выполнение санитарно-гигиенических требований в организованных коллективах, в том числе в детских дошкольных и школьных учреждениях, а также следует направить усилия на повышение санитарно-гигиенической грамотности населения. Для профилактики заболеваемости менингококковой инфекцией большое значение имеет санация хронических заболеваний носоглотки.

Отдельно следует отметить, что возникла необходимость мощного лабораторного переоснащения эпидемиологической и инфекционной служб, что позволит им оперативно реагировать на любую экстремальную ситуацию в Донецкой Народной Республике.

*Беседина Е.И.<sup>1</sup>, Коцюрба А.Р.<sup>1</sup>, Бобров А.А.<sup>2</sup>, Мельник В.А.<sup>1</sup>, Лыгина Ю.А.<sup>1</sup>, Рогова О.Р.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк

<sup>2</sup>Советский межрайонный филиал Макеевского городского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г.Макеевка

<sup>3</sup>Макеевский городской центр санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Макеевка

### **ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОТНОШЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. МАКЕЕВКЕ**

Туберкулез является одной из наиболее важных проблем в мировом здравоохранении. Несмотря на достигнутые за последние 20 лет успехи в лечении данного заболевания инфекции, оно остается одной из самых распространенных инфекций. В научной литературе отмечено, что в развивающихся странах заболеваемость туберкулезом намного выше, чем в экономически развитых - заболеваемость туберкулезом отражает социальное благополучие населения.

С целью оценки эпидемиологической ситуации по туберкулезу и особенностей течения эпидемического процесса данной инфекции нами были проанализированы данные официальной регистрации заболеваемости туберкулезом за период 2011-2017 гг. «Информационный бюллетень инфекционной заболеваемости по г. Макеевке».

В эпидемическом процессе туберкулеза в г. Макеевке определена тенденция к снижению заболеваемости среди детского и взрослого населения, однако на протяжении всего исследуемого периода отмечалось превышение уровня эпидемического благополучия в 1,2-2,5 раза. Самый высокий показатель регистрировался в 2011 году (73,31 на 100 тыс. населения). Среди детей заболеваемость составила в среднем  $10,6 \pm 0,9$  на 100 тыс. населения соответствующего возраста, среди подростков —  $44,2 \pm 0,9$  на 100 тыс. населения соответствующего возраста. Кроме того, в последние годы наблюдается тенденция к некоторому росту заболеваемости среди декретированных контингентов.

Показатели выявляемости (как методом бактериоскопии мокроты, так и при профосмотре) с 2016 г. находятся на уровне норматива или выше, что говорит об улучшении диагностики в последние годы. План по туберкулинодиагностике детей 1-14 лет за весь изучаемый период выполнялся не полностью. В 2014-2016 гг. регистрировалось резкое снижение охвата туберкулинодиагностикой подлежащего контингента (до 1,5% в 2015 г.). Охват вакцинацией и БЦЖ также снижался, достигнув минимума в 2014 г. (69,9 %) вследствие дефицита иммунобиологических препаратов (ИБП) и роста количества случаев отказа от прививок. Ревакцинация в 7 лет в 2015 г. не проводилась (в связи с отсутствием ИБП). Кроме того, в исследуемый период наблюдалось снижение выполнения плана по рентгенофлюорографическому обследованию. Низкое выполнение плана рентгенофлюорографического обследования регистрировалось по следующим контингентам: подростки 15-17 лет, молодёжь

до 21 года, члены семей новорожденных, группа повышенного медицинского риска (в том числе, больные сахарным диабетом, ВИЧ-инфицированные, лица состоящие на учете в наркологическом диспансере, мигранты, беженцы переселенцы).

Таким образом, в г. Макеевка наблюдается неблагоприятная ситуация по заболеваемости туберкулезом, связанная с недостаточной профилактической работой среди детского населения и групп риска. Поскольку туберкулез является «социальной» инфекцией, необходимо комплексное взаимодействие фтизиатрической и санитарно-эпидемиологической служб, включающее первичное обследование и проведение противоэпидемических мероприятий, динамическое наблюдение за очагом и подготовка к снятию его с учета. Кроме того, следует принять меры к совершенствованию и оптимизации методов раннего выявления туберкулеза среди всех групп населения, в т.ч. декретированных контингентов.

*Беседина Е.И.<sup>1</sup>, Мельник В.А.<sup>1</sup>, Коцюрба А.Р.<sup>1</sup>, Бобров А.А.<sup>2</sup>, Лыгина Ю.А.<sup>1</sup>, Курьшева О.А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк

<sup>2</sup>Советский межрайонный филиал Макеевского городского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г.Макеевка

### **ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

В современной обстановке острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из наиболее значимых патологий в структуре инфекционной заболеваемости. Дети раннего возраста, особенно до 1 года, относятся к группе высокого риска развития тяжелых и осложненных форм заболевания. Кроме того, ОКИ находятся на третьем месте по количеству летальных случаев, связанных с инфекционной патологией (1,5–2,5 млн. в год), после респираторных инфекций и ВИЧ-инфекции. Согласно мировым научным данным, ОКИ у детей 1-го года жизни имеют преимущественно вирусную этиологию, при этом одними из самых распространенных возбудителей являются норовирус и ротавирус, что послужило обоснованием для создания комбинированной вакцины против этих инфекций у грудных детей.

Изученные нами данные официальной регистрации ОКИ среди детей в возрасте до 1 года в г. Макеевке за 5-ти летний срок наблюдения указывают на тенденцию к росту заболеваемости в последние годы (почти в 2 раза). При этом, ее уровень остается достаточно высоким (показатель 3000,3 на 100 тыс. населения).

По материалам проведенного эпидемиологического анализа выявлено, что наиболее часто ОКИ среди детей до 1 года передаются через пищу, доля этого пути передачи в общей структуре составила 96,7 %. При этом, половина всех случаев заболевания (49,7 %) была связана с несоблюдением родителями элементарных правил личной гигиены, правил приготовления и хранения пищи. В 17,3 % случаев фактором передачи выступила молочная продукция, приобретенная на рынках, в магазинах или домашнего приготовления, а в 15,7 % - овощные и фруктовые пюре, а также соки с нарушением технологии приготовления. Следует отметить, что в последние годы имеется стабильная тенденция к росту доли продуктов промышленного изготовления среди причин заболевания ОКИ у детей. В видовой структуре возбудителей в течение всего изучаемого периода преобладала условно-патогенная флора (81,5 %), в том числе: *Enterobacter* spp. - 20,8 %, *Citrobacter* spp. - 4,2 %, *Klebsiella* spp. - 6,2 %, *Escherichia coli* - 11,4 %, *Staphylococcus* spp. - 15,6 %, *Pseudomonas aeruginosa* - 6,2 %, *Providencia* spp. - 2,1 %, *Morganella morganii* - 3,1 %, *Proteus* spp. - 3,1 %. Вместе с тем, доля ротавирусной инфекции в структуре заболеваемости составляла 42,3 %.

Таким образом, наше исследование показывает, что основные профилактические мероприятия по предупреждению заболеваний ОКИ, наряду с традиционными мерами, должны быть направлены на совершенствование национального календаря профилактических прививок с введением вакцинации против ротавирусов. Также, актуальными остаются мероприятия по повышению уровня санитарно-эпидемиологической грамотности населения, проведение санпросветработы среди родителей силами медицинского персонала, осуществляющего наблюдение за ребенком первого года жизни и оптимизации текущего санитарно-эпидемиологического надзора за существующими предприятиями пищевой промышленности (производства детского питания, молочной кухни и др.).

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

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

### **К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРИНЦИПОВ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ» РУКОВОДИТЕЛЯМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

*Актуальность.* В современном обществе, где знания, уровень интеллектуального развития человека становятся главным стратегическим ресурсом и важнейшим условием работы системы здравоохранения, значительно повышается социальный статус образования, предъявляются новые требования к его уровню и качеству. Это обусловило необходимость использования принципов компетентностного подхода к формированию целей и оценки образовательного процесса.

*Материалы и методы.* В наших исследованиях использованы следующие принципы компетентного подхода: смысл образования, который заключается в развитии у обучаемых способности самостоятельно решать проблемы в различных сферах и видах деятельности на основе использования социального опыта, элементом его является и собственный опыт обучающихся; содержание образования, которое представляет собой дидактически адаптированный социальный опыт решения познавательных, мировоззренческих, нравственных и иных проблем; смысл организации образовательного процесса заключающийся в создании условий для формирования у обучаемых опыта самостоятельного решения познавательных, коммуникативных, организационных, нравственных и иных проблем, составляющих содержание образования; оценка образовательных результатов, которая основывается на анализе уровней образованности, достигнутых обучающимися на определенном этапе обучения.

Нами установлено, что использование выше указанных, принципов компетентного подхода приводит к качественному изменению уровня подготовки специалистов, так как оценка результатов происходит не только по уровню полученных знаний, но и по результатам успешного их применения в практической деятельности в сфере организации и управления здравоохранением.

Изучение данного вопроса показало, что в процессе обучения происходит как формирование системы знаний, умений и навыков обучающегося, так и решение задач по обеспечению соответствующих государственным стандартам общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций с учетом специфики данной специальности и направления подготовки. Это позволяет уделить особое внимание практической ориентированности образовательного процесса. Кроме того, при приобретении соответствующих компетенций, организатор практического здравоохранения получает способность действовать в ситуации неопределенности, на основе имеющихся знаний, своего опыта и навыков, что дает ему возможность выстраивать свою индивидуальную деятельность адекватно требованиям времени. В рамках циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «Организация и управление здравоохранением» руководители практического здравоохранения овладевают ключевыми, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями, что позволяет определить, конкретизировать и соотнести требования квалификационных характеристик, стандартов образования, компонентов профессиональной деятельности, профессионально важных качеств, значимых личностных качеств, интересов, склонностей и способностей специалистов.

*Выводы.* Таким образом, готовность специалиста к профессиональной деятельности заключается в усвоении им полного комплекта специальных знаний, сформированности профессионально значимых качеств личности, умений и навыков, что в первую очередь связано с наличием всех необходимых компетенций.

*Бестаев Г.Г., Слепушкин В.Д.*

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ, Россия  
**ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ РОКУРОНИЯ БРОМИДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ  
ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ У КУРИЛЬЩИКОВ**

В литературе существует скудное количество публикаций, в которых хоть в какой – то мере отражается взаимовлияние фармакологических препаратов и никотина, специфические нюансы подобного взаимовлияния при анестезии известны еще меньше.

Исходя из вышеизложенного, авторы решили исследовать влияние ингаляционного анестетика севофлурана на продолжительность действия рокурония бромид у курильщиков при операции лапароскопической холецистэктомии.

*Материалы и методы.* Открытое, рандомизированное, проспективное, исследование проведено с участием 50 пациентов (ASA I–II), подвергшихся плановым оперативным вмешательствам с применением мониторинга нейромышечной проводимости. Средний возраст исследуемых пациентов составил  $44,4 \pm 12,6$  года, рост  $-165,5 \pm 8,9$  см, масса тела  $-68,0 \pm 11,2$  кг. Мужчин было 34, женщин – 16, которым была проведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита. Пациенты были разделены на две группы; 1 – группа «курящие», которые курили более 20 сигарет в день в течение 5 лет ( $n = 30$ ) и 2 – группа «некурящие» ( $n = 20$ ). Наиболее часто встречавшейся сопутствующей нозологической формой оказались ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь I и II стадии, диагностированная у подавляющего числа больных. Премедикация у всех пациентов была стандартной, и включала назначение на ночь 0,5 мг феназепам, а утром за 30 минут до операции – внутримышечно вводился диазепам ( $0,1-0,15$  мг·кг<sup>-1</sup>).

В обеих группах проводили индукцию общей анестезии сочетанием внутривенного введения пропофола в дозе  $1,5-2,5$  мг·кг<sup>-1</sup> массы тела и фентанила в дозе  $5-15$  мкг·кг<sup>-1</sup>. После внутривенного введения рокурония бромид в дозе  $0,6$  мг·кг<sup>-1</sup> интубировали трахею и начинали ИВЛ с помощью наркозного аппарата Drager «Fabius» (Германия). Всем пациентам проводили ингаляционную анестезию севофлураном в концентрации  $1,5-2,5$  об.% и фентанила  $0,003-0,01$  мкг·кг<sup>-1</sup>·мин<sup>-1</sup>. В нашем исследовании повторное введение релаксанта и декураризация никому не проводилась.

Для оценки качества и особенностей нейромышечного блока в нашем исследовании был применен метод акселеромиографии с использованием мониторов «TOF-Watch®S», «TOF-Watch®SX» (Organon – Merck Sharp & Dohme, Ирландия).

В нашем исследовании для поставленных задач применяли два режима нейростимуляции: (а) одиночная и (б) четырехпакетная стимуляция периферического нерва.

Индекс TOF от 0.9 считали отражением адекватного восстановления нейромышечной функции. Про-

должительность операции в обеих группах составляла  $50,3 \pm 7,6$  мин. Продолжительность анестезии составила  $55,3 \pm 5,7$  мин.

**Результаты.** Темп восстановления нейромышечной проводимости от индукционной дозы рокурония бромидом до экстубации в группе «курящие» составило  $77,4 \pm 5,6$  мин, в группе «некурящие»  $60,4 \pm 3,6$  мин ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** Севофлуранстатистически достоверно увеличивает продолжительность действия рокурония у курильщиков.

*Бойченко А.А.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Донецк, ДНР

### **ВОЗМОЖНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИКТИМИЗИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Актуальность.** В рамках современной биопсихосоциальной модели развития шизофрении выделяют определенные хронические изменения личности, причиной которых является факт переживания последствий тяжелой психической болезни и реакции социума на этот контингент больных. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этих больных является отражением фактического формирования у них синдрома виктимизации, т.е. превращения их в жертв неблагоприятных условий социализации. В качестве методологической основы исследования внутренних, личностных, факторов виктимизации больных с психическими расстройствами могут использоваться психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. Результаты такого подхода применимы для создания программ психокоррекционной и психотерапевтической работы с данным контингентом больных.

**Цель исследования.** Определение возможных мишеней для психотерапевтической помощи виктимизированным больным параноидной шизофренией.

**Материалы и методы исследования.** Исследование виктимизированной личности больных шизофренией проводилось путем обследования 60 респондентов в возрасте от 19 до 63 лет, с установленным диагнозом «параноидная шизофрения», проходивших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице, г. Донецк в 2018 г. Распределение обследованных по полу: мужчин – 34 чел. (57%), женщин – 26 чел. (43%). Для оценки степени виктимизации использовался авторский опросник. Исследование внутренних факторов виктимизации больных шизофренией проводилось с помощью теста смысло-жизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, методики «Шкала общей самооффективности», методики «Уровень субъективного контроля», шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера. Данные подвергались статистической обработке в пакете «MedStat».

**Результаты.** В зависимости от уровня виктимности исследуемые были разделены на 4 группы: группа 1 – с минимальной степенью виктимизации (0 – 3 балла по опроснику виктимизации) – 13 чел. (21,5%); группа 2 – с легкой степенью виктимизации (4 – 7 баллов) – 16 чел. (26,5%); группа 3 – умеренной степенью виктимизации (8 – 11 баллов) – 21 чел. (35%); группа 4 – с тяжелой степенью виктимизации (12 – 15 баллов) – 10 чел. (17%). В ходе сравнительного анализа результатов методик в выделенных группах с разной степенью виктимизации были выявлены достоверные различия ( $p < 0,05$ ) в следующих показателях: самооффективность ( $\chi^2 = 8,04$ ), locus контроля – Я ( $\chi^2 = 8,8$ ), самотрансценденция ( $\chi^2 = 8,01$ ), самодистанцирование ( $\chi^2 = 8,12$ ), свобода ( $\chi^2 = 8,6$ ), ответственность ( $\chi^2 = 8,32$ ), персональность ( $\chi^2 = 8,2$ ), экзистенциальность ( $\chi^2 = 8,5$ ), экзистенциальная исполненность ( $\chi^2 = 8,01$ ).

**Выводы.** В результате оценки вышеперечисленных показателей дисфункциональной личности больных шизофренией можно выделить несколько мишеней, оказывающими серьезное влияние на планирование и эффективность проведения реабилитационных мероприятий: оценка социальной компетенции больного, особенности мотивационной сферы и проблемы экзистенциального характера. Учитывая смещение показателей locus контроля для данной группы пациентов рекомендуется использовать преимущественно групповые формы психотерапевтической помощи, включающие в себя, в т.ч., и применение семейной терапии в рамках экологического подхода в системной терапии.

*А.В. Борота, В.Н. Ходырев, А.С. Кутенец, Л.Н. Старцева*

(ГОО ВПО ДонНМУ им. Горького, кафедра общей хирургии №1, г. Донецк, ЛГМУ им. Святителя Луки, кафедра общей и факультетской хирургии, г. Луганск)

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.**

В статье приведены результаты обследования и лечения 78 пациентов, в период с 2013 по 2017 гг., перенесших различные осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК). Консервативную терапию получали 54 (70,3%) пациента, оперативное лечение выполнено 22 (29,7%) пациентам. Острый дивертикулит (ОД) перенесли 52 (71,2%) больных, из них 5 (9,6%) оперированы, 47 (90,4%) получали консервативную терапию. У 4 пациентов (5,3%) развился острый параколический инфильтрат (ОВПИ). Оперировано из той группы 2 (50,0%) человека, консервативную терапию так же получили 2 (50,0%) пациента. Острый дивертикулит, осложненный кровотечением (ОДОК) перенесли 4 пациента. Из них лечились консервативно 3 (75,0%), прооперирован 1 (25,0%) пациент.

Острый дивертикулит, осложненный перфорацией без формирования абсцесса (ОДФА) был диагно-

стирован в 3(3,8,0%) случаях. Острый дивертикулит с формированием абсцесса (ОДСФА) был зафиксирован в 10 (13,3%) случаев. Острый дивертикулит, осложненный формированием свища (ОДСФС) был зафиксирован в 1(1,2%) случае. Все пациенты были прооперированы.

Консервативные мероприятия оказались эффективными у всех 54 больных. Тем не менее, клинические проявления дивертикулярной болезни сохранялись в дальнейшем после эпизода ОД в 65,8% и после эпизода ОВПИ – в 96,2% наблюдений. Повторные воспаления были обнаружены после эпизода ОД в 39,6%, а после эпизода ОВПИ – в 65,4% случаев. Риск возникновения многократных (более 3) эпизодов воспаления составил 68,9% у перенесших рецидив ОД и 82,3% – после ОВПИ. Более тяжелые осложнения возникали после ОД – в 16,2% (после ОВПИ – в 11,8%). В связи с этим мы считаем, что повторный эпизод ОД и первый эпизод ОВПИ и ОДОК служат показанием для рекомендации пациенту планового хирургического лечения в объеме резекции пораженных дивертикулами отделов ободочной кишки.

Таким образом, всем пациентам с данными осложнениями необходимо начинать лечение с комплекса консервативных мероприятий, чтобы максимально уменьшить воспалительные изменения кишечной стенки, стабилизировать состояние пациента, и создать благоприятные условия для операции.

**Бочко Е.Г.**

Кафедра гигиены ФИПО, г. Донецк, ДНР

### **ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ТАЛЛИЕМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА**

**Цель:** гигиеническая оценка загрязнения окружающей среды г. Донецка и выявление зависимости между уровнем загрязнения почвы таллием и показателями заболеваемости взрослого населения г. Донецка.

**Материалы и методы:** Для гигиенической оценки загрязнения окружающей среды таллием в качестве объекта была выбрана почва как наименее мигрирующая среда. За основу исследования были взяты материалы Института минеральных ресурсов, полученные в 90-х годах XX века. Институтом было проведено картирование всей территории г. Донецка с отбором усредненной пробы почвы в квадратах 200 x 200 м, в случае отклонения от фоновых показателей, усредненная проба отбиралась в квадратах 100 x 100 м, в случае значительных превышений – 50x50 м. В качестве наиболее загрязненного района был выбран Буденновский район г. Донецка, в котором находится основной объект-загрязнитель – завод «Вторцветмет». Кроме того следует учитывать, что по данным ВОЗ до 95% ксенобиотиков, в том числе и тяжелые металлы, поступает в организм человека по трофическим цепочкам из почвы с растительной пищей и продуктами животного происхождения. В качестве показателей состояния здоровья была выбрана заболеваемость и распространенность заболеваний по основным нозологическим единицам взрослого населения г. Донецка за 2016 год согласно официальным учетно-статистическим формам. Для анализа показателей заболеваемости и распространенности заболеваний взрослого населения Буденновского района проведена выкопировка данных по ЦПМСП №2.

**Результаты:** проведенный анализ литературы показал, что повышенная концентрация таллия оказывает неблагоприятное действие на эндокринную систему, орган зрения и придаточный аппарат, а также на кожу и подкожную жировую клетчатку, что свидетельствует об актуальности и своевременности данных исследований. Для решения представленной цели были использованы гигиенические методы, метод логического анализа и методы статистической обработки полученных данных. Проведен сравнительный анализ уровня загрязнения почвы Буденновского района и г. Донецка в целом, а также показателей, характеризующих уровень здоровья взрослого населения Буденновского района и г. Донецка в целом. Анализ заболеваемости показал, что зависимость между уровнем загрязнения почвы таллием Буденновского района и показателями здоровья взрослого населения, проживающего в данном районе, существует. Закономерности (превышение на 50 ПДП (предельно-допустимого порога) приводит к повышению заболеваемости на 2% по таким нозологиям): болезни эндокринной системы, расстройства питания – 40%; болезни кожи и подкожной жировой клетчатки – на 30%; болезни глаза и придаточного аппарата – 10%. Содержание таллия в почве при его ПДП 0,25 мг/кг составляет 6-48 раз, максимальное значение – в зоне влияния завода «Вторцветмет» и санитарно-защитной зоне (южный, западный и северо-восточный участки селитебной территории). Также максимальная концентрация таллия наблюдается в Кировском районе, в западном и северо-восточном участках. Следует предполагать, что выявленные уровни загрязнения являются одной из причин повышенного уровня заболеваемости, а также высокой распространенности заболеваний взрослого населения Буденновского района г. Донецка по таким заболеваниям: все болезни (выше в 1,02 раза по сравнению с общегородскими показателями); болезни кожи и подкожной жировой клетчатки – в 1,3 раза; болезни эндокринной системы – в 1,4 раза; болезни глаза и придаточного аппарата – в 1,0 раза;

**Выводы:** имеется настоятельная необходимость в изучении биомаркеров, т.е. содержание таллия в биосредах. Предпочтение следует отдать неинвазивным методам исследования – определение содержания тяжелых металлов в ногтях, волосах и т.д.

**Брежнева Е.Б., Верник Г.В., Любова А.В.**

ГУ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКАЯ ГОРОДСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА №7»

### **РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Значимость сахарного диабета как фактора риска развития атеросклероза проявляется, прежде всего,

тем, что до 2/3 всех летальных исходов у лиц с сахарным диабетом связаны с кардиальной патологией. Инфаркт миокарда – самая частая причина смерти пациентов с диабетом старше 40 лет.

**Цель.** Изучить среди пациентов с острым инфарктом миокарда частоту встречаемости женщин и мужчин разных возрастных категорий, имеющих сахарный диабет II типа и без него.

**Материал и методы.** В исследование включено 233 больных острым инфарктом миокарда, находившихся на лечении в инфарктном отделении ГУ ЛНР «Луганская городская многопрофильная больница №7». Из них 81 человек имели сахарный диабет II типа, у 152 пациентов диагностирован инфаркт миокарда без сахарного диабета. Все пациенты разделены по возрасту: от 40 до 60 лет (среднего возраста) – 1-я группа, от 60 до 75 лет (пожилые) – 2-я группа, старше 75 лет (старые) – 3-я группа и по полу.

Среди больных инфарктом миокарда без сахарного диабета среднего возраста было 24 женщины и 96 мужчин, пожилого возраста – 38 женщин и 63 мужчин, старческого – 39 женщин и 25 мужчин. В группе больных инфарктом миокарда и сахарным диабетом среднего возраста женщин было 9, мужчин – 19; пожилого возраста: женщин – 27, мужчин – 13; старческого возраста: женщин – 8, мужчин – 5.

**Результаты.** В группе больных инфарктом миокарда без сахарного диабета среднего и пожилого возраста преобладали мужчины. В старческом возрасте наша случайная выборка показала тенденцию к преобладанию количества женщин над мужчинами. В группе больных инфарктом миокарда с сахарным диабетом несколько иная картина. В среднем возрасте преобладало количество мужчин над женщинами, в пожилом – резко возросло количество женщин над мужчинами (в два раза). В старческом возрасте сохранилась эта тенденция.

**Заключение.** У лиц без диабета в нашем исследовании острый инфаркт миокарда диагностирован в среднем и пожилом возрасте преимущественно у мужчин (в 4 и 1,7 раза соответственно). У пациентов, имеющих сахарный диабет II типа и острый инфаркт миокарда произошел резкий скачок в росте количества больных женщин пожилого возраста (больше чем у мужчин в 2 раза). Это подтверждает то, что наличие сахарного диабета II типа у женщин является высочайшим риском развития ишемической болезни сердца, прежде всего инфаркта миокарда. Пациентки с сахарным диабетом требуют особого внимания в плане лечения и профилактики возможных осложнений заболевания.

*Бубликова А.М., Шевченко В.В., Прокопенко Е.Б.*

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

### **«ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ МИРАПЕКСОМ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА»**

**Актуальность темы.** Болезнь Паркинсона (БП) – одно из самых распространенных нейрогеронтологических заболеваний. В настоящее время уделяется внимание классу противопаркинсонических препаратов – неэрголоиновым агонистам дофаминовых рецепторов, к которым относится мирапекс (прамипексол). В основе механизма действия этих препаратов лежит непосредственная стимуляция дофаминовых рецепторов в обход неуклонно дегенерирующих nigrostriарных нейронов.

**Материалы исследования.** Прамипексол назначали 30 больным БП, среди которых 15 больных были с ранней стадией (средняя степень тяжести по шкале Хен-Яра составила  $1,5 \pm 0,2$  балла) и 15 пациентов с развернутой стадией заболевания (средняя степень тяжести –  $2,7 \pm 0,4$  балла). Возраст больных, принимавших прамипексол, составил  $65,4 \pm 7,4$  года. Длительность заболевания у больных с ранней стадией составляла  $1,4 \pm 0,4$  года, с развернутой стадией –  $7,06 \pm 3,08$  года. Доза прамипексола увеличивалась постепенно методом титрования от 0,375 до 3,5 мг/сут. в течение 4 мес. Средняя суточная доза прамипексола составила  $3,14 \pm 0,7$  мг.

**Методы исследования.** Клинико-неврологическое исследование проводилось с использованием шкал количественной оценки двигательных нарушений по Хен-Яру и UPDRS (III часть), шкалы равновесия M. Tinetti. Определялись качество жизни пациентов с помощью опросника PDQ-39 и повседневная активность по шкале Shwab, England. Проводились исследования аффективных нарушений по шкале депрессии Гамильтона и когнитивных функций по шкале MMSE.

**Результаты.** Оценка результатов проведенного лечения по шкале UPDRS (III часть) и шкале равновесия показала достоверное улучшение двигательной активности (на 24,8% у больных с ранней и на 27,7% – с поздней стадией БП). Наблюдалось уменьшение выраженности основных симптомов БП, таких как тремор, ригидность и гипокинезия. Улучшилось качество жизни пациентов с ранними и поздними стадиями БП на 27,5% и 19,2% соответственно (шкала PDQ-39). Коррекция интеллектуально-мнестических расстройств у пациентов с разными стадиями происходила за счет улучшения концентрации внимания, регресса регуляторных нарушений, улучшения речевой активности в тестах на свободные и направленные ассоциации и показателей ассоциативной и зрительной памяти. Терапия прамипексолом уменьшила выраженность депрессивного синдрома (шкала депрессии Гамильтона), преимущественно на ранних стадиях развития болезни. На фоне приема прамипексола удалось достоверно снизить суточную дозу леводопы на 12%, при этом эффект фармакотерапии не только не уменьшался, а возрастал на протяжении 4 мес. лечения данным препаратом. У больных с поздними стадиями развития БП при длительном применении ДСС на фоне лечения прамипексолом наблюдалось уменьшение выраженности лекарственных дискинезий.

**Выводы.** Лечение прамипексолом больных БП обеспечивает хороший контроль нарушений, при этом эффективность препарата не зависит от степени тяжести заболевания. Назначение прамипексола в комбинации с ДСС позволяет уменьшить суточную дозу леводопы без потери фармакотерапевтического эффекта. На фоне

лечения прамипексолом у больных с ранними и поздними стадиями БП наблюдается уменьшение выраженности когнитивных и аффективных нарушений, улучшение качества жизни.

*Бугаенко О.А., Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Бондаренко Г.Г., Головченко Н.Н.*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

### **НАРУШЕНИЯ ПРОДУКЦИИ СЕРОТОНИНА У ДЕТЕЙ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ИХ ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Одной из самых актуальных проблем педиатрии в настоящее время является высокая распространенность тиреоидной патологии. Диффузный нетоксический зоб (ДНЗ) занимает ведущее место в структуре эндокринной патологии у детей и чаще возникает вследствие йодного дефицита.

В то же время широкое распространение среди соматических заболеваний занимают гастроинтестинальные функциональные расстройства (ФГР), развитие которых является следствием нарушений вегетативной и гуморальной регуляции. Важную роль в гуморальной регуляции органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) играют пептидные гормоны и биогенные амины, в частности серотонин.

**Цель исследования:** изучить значение нарушений продукции серотонина в возникновении функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей с ДНЗ.

**Материалы и методы.** Во время скринингового исследования на базе младших классов общеобразовательных школ, которое предполагало анкетирование семей, антропометрию и осмотр детей, пальпацию ЩЖ, обследовано 365 детей в возрасте 6-11 лет (сплошная выборка). 88 детям с зобом проведено углубленное исследование: УЗИ щитовидной железы и органов ЖКТ, определение тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (св.Т<sub>4</sub>), серотонина. Группу контроля составили 39 детей аналогичного возраста и пола без признаков тиреоидной патологии, острых и хронических инфекционных заболеваний. Статистическая обработка данных выполнена с помощью стандартных средств Microsoft Excel 2007.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По данным УЗИ согласно нормативам ВОЗ 2007 года во время углубленного исследования детей с увеличенной щитовидной железой (ЩЖ) n=88 подтверждено наличие зоба в 100% случаев. В ходе исследования было установлено, что почти половина обследованных детей с зобом имеют признаки снижения функциональной активности щитовидной железы на уровне минимальной тиреоидной дисфункции (МТД) 42,0±5,3 % (37/88) и субклинического гипотиреоза – 10,2±3,2 % (9/88). Снижение функциональной активности щитовидной железы у детей с зобом повышает риск развития ФГР, преимущественно за счет гипокинетических состояний: при МТД достоверно чаще наблюдались признаки функциональной диспепсии (ФД) преимущественно с постпрандиальным дистресс-синдромом – 48,6±5,3 % (18/37) и синдромом раздраженного кишечника (СРК) с запорами – 27,0±7,3 % (10/37). Среди детей с субклиническим гипотиреозом СРК с запорами встречался в 88,9±10,5 % (8/9) случаев против 2,4±2,3 % (1/42) среди обследованных с оптимальным уровнем ТТГ (p < 0,0001). Снижение функционального состояния гипотиреоидно-тиреоидной системы (ГТС) сопровождалось снижением продукции серотонина. При МТД его средняя концентрация составляла – 3,63±0,31 нг/мл против 5,05±0,63 нг/мл (p < 0,0001) у детей с оптимальным функциональным состоянием ГТС. Наиболее низкий уровень серотонина наблюдался в группе детей с субклиническим гипотиреозом – 2,84±0,71 нг/мл (p=0,029). При формировании у детей с зобом СРК с запорами концентрация серотонина снижалась до 3,78±0,46 нг/мл, что достоверно ниже, чем у школьников с ФД при клинических проявлениях синдрома эпигастральной боли – (4,53±0,97 нг/мл, p=0,007) и функциональными расстройствами билиарного тракта с гиперфункцией желчного пузыря (4,09±0,74 нг/мл, p=0,021).

**Выводы.** Снижение продукции серотонина может рассматриваться как один из возможных механизмов развития функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей с тиреоидной патологией.

*Букановская Т.И., Бексултанов Р.Р.*

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия», г. Владикавказ, Россия

### **ОТНОШЕНИЕ К ТРУДНОСТЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

Крылатое латинское выражение «Medice, curateipsum!», что переводится как «Врач, исцели себя сам!» и означающий призыв обратить внимание на самого себя и собственные недостатки, в настоящее время, в период интенсификации трудовой деятельности медицинских работников, приобретает новое актуальное значение, имеющее прямое отношение к синдрому профессионального выгорания у врачей.

**Цель исследования** – изучение отношения студентов-медиков к синдрому профессионального выгорания у врачей (СПВ).

**Материал и методы.** Было проведено анонимное анкетирование 100 студентов старших курсов медицинского ВУЗа (30 юношей и 70 девушек). Студентам предлагался бланк, на котором были указаны 10 основных признаков СПВ: 1) хроническое чувство усталости, слабости, снижение энергии; 2) хроническое напряжение, неспособность к расслаблению; 3) чувство скуки, отсутствия интереса к работе; 4) физические симптомы (подъемы АД, головные боли, боли в спине); 5) повышенная напряженность и конфликтность в общении с пациентами и коллегами; 6) учащение отрицательных эмоций (раздражительность, нетерпимость, тревожность и др.); 7) утрата сочувствия, сопереживания к пациентам, появление цинизма; 8) нежелание выполнять работу, ее избегание (прогулы, опоздания); 9) снижение концентрации внимания, учащение ошибок и сбоев в работе; 10) чувство

бессмысленности собственной деятельности, которые предлагалось по трем критериям: Ia – абсолютно недопустимый для врача; Ib – недопустимый для меня; II – допустимый при определенных условиях оплаты труда. При статистической обработке использовался критерий Пирсона  $\chi^2$ .

Результаты. Из десяти признаков СПВ девять большинством опрошенных были оценены как недопустимые – по критериям Ia и Ib (от 71% до 95%); в качестве допустимых (критерий II) чаще всего оценивался признак «хроническое чувство усталости» (51%). Оценка признаков по критерию II чаще отмечалась у юношей, чем у девушек (25,7% versus 16,9%). Из группы недопустимых признаков по критерию Ia в статистическом большинстве оценивались такие проявления СПВ, как «снижение концентрации внимания, учащение ошибок и сбоев в работе» и «чувство бессмысленности собственной деятельности» (соответственно в 71,6% и 63,2% случаев;  $p < 0,05$ ); по критерию Ib – признак «физическое недомогание (головные боли, боли в спине и пр.)» (в 70,4% случаев;  $p < 0,05$ ). У юношей значительно реже, чем у девушек, отмечалась оценка, как недопустимого (по критерию Ia), признака «хроническое напряжение, неспособность к расслаблению» (10% versus 57,1%;  $p < 0,05$ ); и этот же признак, оцененный другими студентами, как допустимый при определенных условиях оплаты труда, у юношей отмечался намного чаще, чем у девушек (43,3% versus 14,3%;  $p < 0,05$ ). Интересно, что оценка признака «утрата сочувствия, сопереживания к пациентам, появление цинизма», как недопустимого (по критерию Ia) у юношей отмечалась чаще, чем у девушек, но без статистической значимости (66,7% versus 45,7%).

Заключение. Студенты-медики старших курсов обнаруживают достаточно дифференцированное отношение к основным проявлениям синдрома профессионального выгорания у врачей, из которых одним их самых недопустимых является признак «чувство бессмысленности собственной деятельности», что следует учитывать в организации системы здравоохранения, исходя из того, что на современном этапе развития медицины и здравоохранения концепция «целительства» все более уступает свои позиции «производственно-поточному» и чрезмерно стандартизированному характеру оказания медицинских услуг.

*Былым Г.В., Подоляка Д.В., Тутов С.Н.*

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» кафедра акушерства и гинекологии

### **ОСОБЕННОСТИ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Актуальность.** Гестоз у беременных с эссенциальной гипертонической болезнью (ГБ) развивается часто – от 36 % [Шехтман М. М., 1999] до 86 % [Демченко Е. Ю., 1996]. Различная частота объясняется в первую очередь стадией ГБ. Чаще всего гестоз, развивается на фоне латентной, транзиторной и неустойчивой гипертонии (I и IIА стадии) и относится к сочетанному. Ведущим симптомом является артериальная гипертония. Артериальное давление повышено до беременности, в I и во II триместрах беременности. При этом степень повышения артериального давления является главным диагностическим и прогностическим критерием тяжести гестоза. Течение гестоза на фоне ГБ может быть очень тяжелым, вплоть до преэклампсии и эклампсии. Не вызывает сомнений влияние этого осложнения гестации на возникновение у женщин в последующем различных нарушений. Гестозы способствуют невынашиванию беременности, гипоксии, гипотрофии плода, преждевременной отслойке плаценты, маточному кровотечению в родах и в послеродовом периоде, повышенной частоте оперативных родоразрешений, что свидетельствует об актуальности проблемы. Целью исследования явилось снижение частоты возникновения гестоза у женщин с (ГБ) в анамнезе.

**Материалы и методы исследования.** Проведено обследование и лечение по нашей методике 19 женщин с ГБ в анамнезе (основная группа). 20 - составили контрольную группу, которые получили общепринятую подготовку к беременности. Наличие гипертензивных расстройств в анамнезе, в том числе и при предыдущей беременности, подтверждено данными амбулаторной карты. До начала прегравидарной подготовки определялись общепринятые лабораторные исследования, коагулограмма, некоторые показатели общей иммунограммы: CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) до и после лечения. До лечения у всех женщин выявлено снижение CD3, CD8, повышение содержания уровня ЦИК. Показатели коагулограммы свидетельствовали о гиперкоагуляции крови. Женщинам основной группы в общепринятую схему прегравидарной подготовки был включен препарат тивортин, действующим веществом которого является аргинин. Аргинин ( $\alpha$ -амино- $\delta$ -гуанидиновалериановая кислота) – аминокислота, которая относится к классу условно незаменимых аминокислот и является активным и разносторонним клеточным регулятором многочисленных жизненно важных функций организма.

**Результаты исследования.** У женщин основной группы, после прегравидарной подготовки и наступления запланированной беременности, уровень артериального давления был в пределах нормальных показателей и нормализовались показатели общей иммунограммы и коагулограммы. Среди женщин основной группы в одном случае (5,2%) произошло прерывание беременности в 8 недель и у 2 (10,5%) женщин преждевременные роды. Среди женщин контрольной группы беременность прервалась у 4 (20%) в первом триместре, у 6 (30%) беременных произошли преждевременные роды по причине преэклампсии тяжелой степени и у 10 (50%) – срочные роды. Во всех случаях перинатальных потерь не наблюдалось.

**Выводы.** У женщин с риском развития позднего гестоза на фоне ГБ в анамнезе, в лечебно-профилактический комплекс прегравидарной подготовки целесообразно включать препарат тивортин (аргинин).

*Вагина Ю.И.\*, Победенная Г.П., Скиба Т.А*

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

### **ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭЙКОЗАНОИДОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

Высоким риском смерти больного является внегоспитальная пневмония (ВП), особенно при сочетании с ожирением. На современном этапе жировую ткань рассматривают как источник продукции медиаторов воспаления, что делает ожирение одним из факторов риска тяжести пневмонии. В последнее время у пациентов с пневмонией значительное внимание в патогенезе уделяют роли провоспалительных эйкозаноидов и их коррекции.

**Целью работы** было определить содержание тромбксана В2 (ТхВ2) в сыворотке крови больных внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением.

**Материал и методы исследования.** Исследованию подлежали 71 больной, средний возраст которых достигал  $(38,3 \pm 3,6)$  лет, лечившихся с ВП в условиях терапевтического стационара. Среди исследованных мужчин было 32 (45%), женщин - 39 (55%). У 34 больных была диагностирована ВП, сочетанная с Ож (основная группа), у 37 пациентов была ВП без ожирения (группа сравнения). В сыворотке крови всех больных определяли содержание ТхВ2 иммуноферментным методом. Для определения референтной нормы были обследованы 25 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

**Результаты.** В клинической картине ВП у всех лечившихся пациентов (100%) отмечались синдромы интоксикационный с повышением температуры до 38,0-38,5оС и головной болью, респираторный, проявлявшийся кашлем с гнойной или слизисто-гнойной мокротой, астено-невротический - у 25 пациентов (74%) основной группы и у 21 (57%) - из группы сравнения. У пациентов основной группы содержание лейкоцитов в периферической крови было, в среднем, в 1,2 раза больше, чем у пациентов из группы сравнения. У больных основной группы содержание ТхВ2 в сыворотке крови было в 18,4 раза выше ( $p < 0,001$ ) нормы и в 3,8 раза достоверно выше аналогичного в группе сравнения. Величина ТхВ2 в сыворотке крови у пациентов основной группы позитивно коррелировала с уровнем лейкоцитов в периферической крови, уровнем лейкотриена В4 сыворотки крови и негативно - с показателем сатурации кислорода у больных. У пациентов группы сравнения указанные корреляционные связи с количеством лейкоцитов и значениями лейкотриена В4 были слабее, а корреляция с величиной сатурации кислорода отсутствовала. Нормализация температуры тела у пациентов группы сравнения происходила на 3-4 сутки пребывания в стационаре, у больных основной группы - на 5-6 сутки.

Таким образом, у пациентов с ВП, ассоциированной с ожирением, содержание ТхВ2 в сыворотке крови было значительно выше, чем у пациентов без ожирения, что на наш взгляд, способствовало усилению активности системного воспаления у пациентов, приводило к более торпидному клиническому течению основного заболевания и нуждалось в коррекции.

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

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

### **ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА КАК СРЕДСТВО УПРАВЛЕНИЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТОЙ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ**

В последние годы актуален переход от старой системы обучения, центральной фигурой которой являлся преподаватель, к так называемому студентоцентрированному обучению, когда студент является активным участником учебного процесса. На территории ДНР переход к подобному обучению особенно необходим в связи с недостаточным количеством учебников и учебных пособий. В сложившихся условиях успешному усвоению учебного материала может способствовать эффективная внеаудиторная работа студентов, которая, в свою очередь, чтобы стать успешной, должна быть управляемой со стороны преподавателей.

Эффективность самостоятельной внеаудиторной работы студентов на кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО обеспечивается адекватным методическим сопровождением учебного процесса и активным использованием электронного ресурса «Информационно-образовательная среда» (ИОС).

Сотрудники кафедры подготовили и разместили пакеты учебно-методических материалов для изучения дисциплин «лучевая диагностика» (специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело и «Стоматология»). Вышеуказанные пакеты содержат календарно-тематические планы практических занятий и лекций, методические указания для студентов, интерактивные блоки, в которых учебная информация с множеством радиологических изображений различных органов и систем чередуется с проверочными заданиями для контроля ее усвоения, а также профессионально-ориентированные обучающие задания и тесты, презентации лекций в формате macromedia flash.

Работа студентов с этими материалами на внеаудиторном этапе, по нашему наблюдению, является более эффективной по сравнению с традиционной подготовкой к занятию, так как уровень усвоения темы периодически проверяется, что делает этот процесс управляемым и корректируемым.

Таким образом, использование ИОС на внеаудиторном этапе работы приводит к повышению эффективности обучения на кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии и способствует более качественной подготовке студентов медицинских и стоматологического факультетов к будущей профессиональной деятельности.

**Вакуленко И.П., Винников С. Ю.**

ГОО ВПО «ДонНМУ им. М. Горького», Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

### **УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В СОННЫХ АРТЕРИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.**

**Цель исследования.** Установление закономерностей изменения гемодинамических показателей кровотока в общих и внутренних сонных артериях (ОСА и ВСА) с различными фракциями выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) при инфаркте миокарда (ИМ) в остром периоде.

**Материал и методы:** Исследовались скоростные показатели ОСА и ВСА, ФВ ЛЖ по Simpson ультразвуковым методом 85 пациентов с ИМ возрастом от 38 до 87 лет (средний возраст  $64,5 \pm 11,5$  лет), из них 47 (55,3%) мужчин и 38 (44,7%) женщин. Группу контроля составили 30 практически здоровых добровольцев возрастом от 38 до 58 лет (средний возраст  $47 \pm 8,5$  лет), не имевших в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний.

**Результаты исследования:** Определено снижение линейных скоростных показателей у пациентов с ИМ относительно группы контроля, более выраженное у пациентов со сниженной ФВ, снижение пиковой систолической скорости в ОСА и ВСА в группе с ИМ и сниженной ФВ относительно группы с сохраненной ФВ, а также снижение индексов периферического сопротивления у пациентов с ИМ и пониженной ФВ ЛЖ относительно групп контроля и ИМ с сохраненной ФВ.

**Выводы:** При ИМ с сохраненной и сниженной ФВ ЛЖ в острой стадии определяется снижение всех линейных скоростных показателей в сонных артериях относительно группы контроля, выраженные в группе со сниженной ФВ ЛЖ. При ИМ и сниженной ФВ ЛЖ определяется снижение индексов периферического сопротивления в сонных артериях.

**Вакуленко И.П., Кузьменко О.О.**

ГОО ВПО «ДонНМУ им. М. Горького»

### **ИНТЕГРАЦИЯ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ**

**Актуальность:** За последнее десятилетие в практике ургентной эхокардиографии с успехом используется ультразвуковое исследование легких с целью выявления внесосудистой жидкости в паренхиме легочной ткани оценки ее количества. С этой целью была разработана концепция ультразвуковых комет легких (В-линий) в качестве маркера появления и накопления внесосудистой жидкости в паренхиме легких. Ультразвуковое исследование легких с целью оценки количества В-линий стало простым, полуколичественным, неинвазивным и что немаловажно в ургентной эхокардиографии при кратковременном методом. В рекомендациях европейского общества кардиологов 2015 г. по лечению острой сердечной недостаточности рекомендуется проводить сонографию легких на ранних этапах заболевания. Недавние исследования показали, что количество В-линий хорошо коррелируется с отношением скорости раннего диастолического митрального потока к ранней диастолической скорости митрального клапана ( $E / e'$ ) у пациентов с острой сердечной недостаточностью, однако в этих исследованиях участвовали пациенты со сниженной фракцией выброса. Взаимосвязь между количеством В-линий и  $E / e'$  у пациентов с сохранившейся фракцией выброса всё ещё остаётся не изучена.

**Цели:** установить взаимосвязь между количеством В-линий и отношением скорости раннего диастолического митрального потока к ранней диастолической скорости митрального клапана ( $E / e'$ ) и фракцией выброса (ФВ) у пациентов с острой декомпенсированной сердечной недостаточности (ОДСН).

**Методы:** обследовано 82 пациента, у которых была диагностирована ОДСН. Все пациенты были разделены на две группы: с сердечной недостаточностью с сохранённой фракцией выброса (СНсФВ, ФВ  $\geq 50\%$ ,  $n = 32$ ) и сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса (СНснФВ, ФВ  $< 50\%$ ,  $n = 50$ ). Корреляция Спирмена использовалась для оценки связи В-линий с  $E / e'$  и ФВ в двух группах. Анализ рабочей характеристики (ROC) был выполнен для сравнения В-линий с отношением  $E / e'$ .

**Результаты:** результаты показали, что существенных различий в количестве В-линий между группами пациентов с СНсФВ и СНснФВ не наблюдалось. Однако, по сравнению с контрольной группой, количество В-линий было значительно выше в группах с СНсФВ и СНснФВ ( $P < 0,05$ ). Была выявлена положительная корреляционная связь между количеством В-линий и  $E / e'$  ( $r = 0,742$ ,  $r = 0,52$ ). Так же была обнаружена отрицательная корреляционная связь между количеством В-линий и ФВ ( $r = -0,365$ ,  $r = -0,337$ ), а корреляционные коэффициенты были выше в группе пациентов с СНсФВ чем у исследуемых с СНснФВ. Чувствительность В-линий в группе СНсФВ составила 92%, а специфичность 83%, в группе СНснФВ чувствительность составила 86%, а специфичность 78%.

**Выводы:** количество В-линий значительно коррелировало со специфичными показателями ОДСН у всех изученных пациентов. В обеих исследуемых группах была выявлена сильная корреляционная связь между количеством В-линий и показателем  $E / e'$ , но более сильная у пациентов в группе с СНсФВ.

*Вакуленко И.П., Фоминов В.М.*  
ГОО ВПО «ДонНМУ им. М. Горького»

### **УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБНАРУЖЕНИИ СООБЩЕНИЯ ЖИДКОСТНОГО ОЧАГОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ С ВНУТРИПЕЧЁННЫМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИМИ ПУТЯМИ**

Известны способы фистулографии (Брегадзе И.Л. и соавт., 1965; Цыбырнэ К.А. и соавт., 1983), которые включают введение через дренаж жёлчного пузыря, общего жёлчного протока или кистозного образования печени, под контролем рентгеновского аппарата, 20-60 мл. водорастворимого раствора контрастного препарата (кардиотраст, триомбрас и др.) с дальнейшим выполнением динамической рентгенографии. Путём изменения положения больного добиваются заполнения жёлчных протоков. Недостатками этих способов являются: рентгеновская фистулография приводит к повышенной дозе облучения, как правило невозможно выявить связь между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками; неполная санация свищевого хода и остаточной полости свища.

**Цель работы** – повысить эффективность ультразвуковых методов исследования в обнаружении сообщения жидкостного очагового образования печени с внутрипечёночными желчевыводящими путями.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты комплексного обследования и лечения за последние 8 лет 197 больных с жидкостными очаговыми образованиями печени (ООП), которые находились в I хирургическом отделении ДокТМО. Из них было 128 (64,9%) чел. с непаразитарными кистами печени (НКП), 37 (18,8%) чел. с абсцессом и 32 (16,3%) чел. с гидатидозным эхинококком. Проведены методы обследования (в разных сочетаниях): клиничко-лабораторные, лучевые, статистические. Из 197 пациентов пункционно-дренажные вмешательства под контролем УЗИ выполнены у 78. Модифицированные ультразвуковые способы применены у 23 чел.

**Результаты и обсуждение.** Модифицированный «Способ обнаружения связи между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками» (патент РФ № 2650590 от 16.04.2018г.) применен у 13 чел. Суть изобретения заключается в следующем. Выполняют чрескожное дренирование кистозного образования под контролем УЗИ, аспирацию содержимого, фиброгастроуденоскопию. Вводят через транспечёночный дренаж озонированный раствор 1% метиленового синего с барботажной концентрацией озона 40-60 мг/л. При появлении окрашенного раствора из большого дуоденального сосочка, выявленного через тубус фиброгастроуденоскопа, констатируют наличие цистобилиарной связи. Способ повышает точность диагностики.

В клинике предложен модифицированный «Способ ультразвуковой фистулографии» (свидетельство о рационализаторском предложении № 6232 от 06.07.2018г.). Способ заключается во введении в дренаж наружного свища полого или паренхиматозного органа 5-25 мл. Перфторана в качестве эхоконтрастного раствора, пережатии дистального конца дренажа зажимом с последующим выполнением ультразвукового сканирования в режиме 3D-реконструкции. Перфторан является кровезаменителем с газотранспортной функцией, имеет реологические, гемодинамические, мембраностабилизирующие и сорбционные свойства. Он разрешён Фармакологическим комитетом к клиническому применению. Введение эхоконтраста повышает его способность к обратному рассеиванию эхосигнала, за счёт чего повышается качество отношения «сигнал-шум». Способ успешно применён у 10 больных.

**Заключение.** Модифицированные нами способы целесообразно применять в хирургических отделениях для выявления цистобилиарного сообщения, что важно для определения объёма операции.

*Василенко М.В.*

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

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

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

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

**Материал и методы:** исследование включает в себя 103 пациента, находившихся на лечении в ИНВХ им. Гусака в течении 2017 года. Возраст составил от 50 до 85 лет. Все больные страдали сахарным диабетом II-го типа и имели критический уровень ишемии нижних конечностей. У 24% больных была III степень хронической артериальной недостаточности, у всех остальных – IV степень (по классификации А.В. Покровского). Длительность патологии стоп составила от 1 месяца до 16 лет. Специальные методы исследований: дуплексное и триплексное сканирование, УЗДГ артерий, ангиография. Была выполнена 61 реваскуляризирующая операция: из них 30 открытых реконструктивных операций, 21 эндоваскулярное вмешательство и 10 гибридных операций. Остальным больным проводилась консервативная терапия в связи с невозможностью выполнения реконструктивной операции.

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

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

*Васильев В.А., Селиванова Е.С., Брюханов В.М.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, Донецкая народная республика

### **АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЕЦ ДЕТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Современной кардиохирургии необходимы детальные сведения в строении частей межжелудочковой перегородки у детей на ранних этапах постнатального онтогенеза, в связи с тем, что она чаще всего подвергается аномальному развитию в эмбриогенезе сердца. Большинство врожденных пороков сердца сопровождается наличием дефекта межжелудочковой перегородки.

**Цель исследования.** Установить анатомические особенности межжелудочковой перегородки (МЖП) у детей на ранних этапах постнатального онтогенеза.

**Материал и методы.** Исследования проведены на 108 препаратах сердец детей новорожденных и грудного возраста. Методами планиметрии с использованием миллиметровой сетки определяли площади эндокардиальной поверхности синусной, трабекулярной и перепончатой частей приточного отдела МЖП и её выводной части со стороны полостей правого и левого желудочков. Результаты измерений подвергали статистической обработке и заносили в таблицы.

**Результаты.** У новорожденных общая площадь эндокардиальной поверхности МЖП со стороны полости правого желудочка составляет  $420,3 + 16,7$  кв. мм, при этом доля её выводной части превышает поверхность приточного отдела в 1,4 раза. Перепончатая часть занимает площадь  $8,1 + 0,7$  кв. мм. Общая площадь МЖП со стороны полости левого желудочка в 1,1 раза меньше, чем со стороны правого желудочка. Площади синусного и трабекулярного отделов МЖП разнятся между собой в незначительной степени. У детей грудного возраста нарастает площадь трабекулярной части МЖП приточного отдела правого желудочка, в то время как площадь синусной части уменьшается в 1,2 раза. Доля площади приточного отдела МЖП составляет 39%, а у выводного отдела она достигает 56%. Со стороны полости левого желудочка в приточном отделе площадь трабекулярной части МЖП превалирует над синусной в 1,3 раза, в то время как доля выводного отдела занимает 56% от общей площади эндокардиальной поверхности МЖП камеры. Перепончатая часть перегородки увеличена в 1,6 раза по отношению к периоду новорожденности.

**Выводы.** У новорожденных площади частей МЖП со стороны полостей правого и левого желудочков мало разнятся между собой. У детей грудного возраста интенсивно нарастает эндокардиальная поверхность трабекулярной части МЖП и снижается площадь её синусной поверхности в камерах. Площади поверхностей выводных отделов МЖП превалируют над таковыми приточных отделов.

*Васильева Л.В., Мурейси К.А., Кулиш А.И.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая народная республика

### **ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МЕДИАЛЬНОГО СОСОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ОТКРЫТОМ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОМ КАНАЛЕ У ДЕТЕЙ**

Медиальный сосочковый комплекс – группа сухожильных нитей и сосочковых мышц, расположенных в конусной части межжелудочковой перегородки со стороны полости правого желудочка. Термин предложен А. Wenink. Медиальный сосочковый комплекс является важным структурным элементом хирургической анатомии правого предсердно-желудочкового клапана сложного врожденного порока сердца у детей – открытого предсердно-желудочкового канала.

**Цель исследования.** Установить анатомические особенности медиального сосочкового комплекса правого желудочка сердец детей при открытом предсердно-желудочковом канале.

**Материал и методы.** Исследование проведено на 20 препаратах сердечно-легочных комплексов детей, умерших в связи с наличием врожденного порока сердца – открытого предсердно-желудочкового канала. Методами описательной анатомии выявляли особенности топографии сосочковых мышц и сухожильных нитей медиального сосочкового комплекса правого предсердно-желудочкового клапана.

**Результаты.** Выявлено отсутствие сосочковых мышц конуса на перегородочно-краевой трабекуле в 19 случаях (95%). Непосредственно от тела перегородочно-краевой трабекулы отходили сухожильные нити первого порядка в количестве от 4 до 7, от них – по 2-3 нити второго порядка, а от нитей второго порядка – по 2-3 нити третьего порядка, которые направлялись и прикреплялись к передней створке и к расщепленной части перегородочной створки правого предсердно-желудочкового клапана. Сухожильные нити, которые располагались по заднему краю тела перегородочно-краевой трабекулы, как правило, прикреплялись к расщепленной части перегородочной створки.

Сосочковая мышца, находящаяся на теле перегородочно-краевой трабекулы, присутствовала в одном случае (5%).

**Выводы.** При открытом предсердно-желудочковом канале наблюдаются особенности в строении медиального сосочкового комплекса, при котором сосочковые мышцы конуса отсутствуют, а сухожильные нити прикрепляются к перегородочно-краевой трабекуле межжелудочковой перегородки со стороны полости правого желудочка.

*Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Мякоткина Г.В., Соколова Н.А., Стрекозова И.П., Дубовая Л.И.*  
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им.Св.Луки», ГУ ЛНР Луганская республиканская клиническая больница

### **РЕНГАЛИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Цель:** оценить эффективность противокашлевого препарат «Ренгалин» в лечении больных бронхиальной астмой (БА).

**Материалы и методы:** в исследовании принимали участие 32 пациента БА I и II степени в фазе обострения, спровоцированного инфекциями респираторной системы, в возрасте 18-60 лет, которые находились на стационарном или амбулаторном лечении, которые были разделены на 2 группы, (основную - 20 человек и контрольную-12 больных), сопоставимые по полу, возрасту, клиническим и функциональным проявлениям заболевания. Пациенты основной группы с выраженным кашлевым вариантом, наряду с общепринятой терапией, дополнительно получали в комплексе лечебных мероприятий и препарат «Ренгалин», который назначался по АО 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 суток.

Проводили исследование клинических, функциональных проявлений до и после лечения. степень выраженности воспалительного процесса в трахеобронхиальном дереве (ТБД) оценивали при проведении фибро-бронхоскопии.

**Результаты:** при использовании Ренгалина уже на 35 сутки лечения у пациентов основной группы уменьшалась выраженность кашля. Также было отмечено более выраженное уменьшение выраженности одышки и количества приступов удушья в течение суток у больных основной группы, в сравнении с пациентами контрольной группы. Кроме того, положительные изменения касались и показателей спирометрического исследования : ФЖЕЛ -  $64 \pm 3,8\%$ ,  $p < 0,05$ , ОФВ1 -  $60,3 \pm 3,7\%$ ,  $p < 0,05$ , МОС25% - 29%, МОС50% - 46%, МОС75% - 59% ( $p > 0,05$ ). При бронхологическом исследовании было отмечено уменьшение воспаления слизистой оболочки ТБД. Однако, в сравнении с контрольной группой были недостоверными.

**Выводы:** использование современного противокашлевого препарата «Ренгалин» в комплексной терапии у пациентов БА с период обострения, приводило к более быстрому регрессированию кашля, улучшению показателей функции внешнего дыхания, к сокращению пребывания больного в стационаре на 3-5 дней.

*Ватутин Н.Т., Тарадин Г.Г., Стехина К.В.*

Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет им. М. Горького»  
(заведующий – профессор, д.м.н. Н.Т. Ватутин).

### **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА**

Инфекционный эндокардит (ИЭ) представляет собой заболевание инфекционной природы с первичной локализацией возбудителя на париетальной или клапанной поверхности эндокарда. Заболеваемость ИЭ колеблется от 1,7 до 15 чел. на 100 тыс. населения и зависит от страны, группы больных, их возраста, сопутствующих заболеваний и других факторов. ИЭ вызывается широким спектром возбудителей, среди которых наиболее часто обнаруживают *S.aureus*, *S.viridans*, *S.bovis*, *Enterococcus*, представители группы НАСЕК (*Haemophilus*, *Aggregatibacter*, *Cardiobacterium*, *Eikenella* и *Kingella*), грибковую флору и др. ИЭ нередко протекает с кардиальными и экстракардиальными нарушениями, включая неврологические события, считающиеся наиболее тяжелыми осложнениями, с частотой выявления 15-20% при левосторонней локализации эндокардита.

Основными факторами риска развития неврологических осложнений являются инфекционный возбудитель *S. aureus*, крупные вегетации, оцениваемые с помощью эхокардиографии ( $> 10$  мм), поражение митрального клапана и тромбоэмбологенные осложнения других органов и сосудистых бассейнов. При этом риск эмболизации центральной нервной системы (ЦНС) существенно снижается после начала эффективной антибактериальной терапии (АБТ) до уровня  $< 1,71/1000$  пациентов-дней на второй неделе.

Среди основных патофизиологических событий, приводящих к поражению ЦНС, выделяют септическую эмболизацию из зоны первичного эндокардиального очага, церебральный васкулит сосудов мелкого калибра, вызванный либо аутоиммунным процессом, либо микроэмболизацией *vasa vasorum*, диссеминированное распространение инфекционного агента в структуры головного мозга при септическом состоянии или активной вегетации на эндокарде. Геморрагические поражения ЦНС также имеют мультифакторную природу, включая эндотелиальное поражение и разрыв сосудов, коагулопатию, эритроцитарный стаз, васкулит с сегментарной дезорганизацией сосудистой стенки мелких мозговых артерий.

Среди форм неврологических осложнений рассматривают ишемический инсульт, как результат окклюзии церебральных артерий фрагментами (эмболами) эндокардиальных вегетаций (40-67,8%); геморрагический инсульт в результате геморрагического инфаркта, церебрального васкулита и/или разрыва микотической аневризмы (12-30%); транзиторные ишемические атаки (27,5-40,5%); менингит (2-25%); абсцесс ( $< 5\%$ ) и микотические аневризмы головного мозга (6,3-10%).

Неврологические осложнения, особенно у пациентов старше 65 лет, нередко могут быть манифестацией ИЭ, а также представлять одну из основных причин летальности при этом заболевании. Диагностика невроло-

гических осложнений ИЭ основывается на тщательном сборе жалоб, анамнеза и детальном неврологическом осмотре пациента. Для подтверждения наличия и характера поражений ЦНС необходимо выполнение дополнительных исследований, включая методы визуализации: компьютерную томографию (КТ) вместе с режимом КТ с <sup>18</sup>F-фтордезоксиглюкозой и радиоактивно мечеными лейкоцитами при однофотонной эмиссионной КТ, магнитно-резонансную томографию.

Проведение ранней АБТ, направленной на эрадикацию возбудителя, снижает риск неврологических осложнений. Наиболее успешные результаты лечения отмечены при привлечении широкого круга специалистов: кардиолога, невролога, кардио- и нейрохирурга, а также специалистов отделения (палаты) интенсивной терапии. При проведении АБТ необходимо учитывать нейротоксичность некоторых антибиотиков, особенно у пожилых больных, в частности, высоких доз β-лактамов. До сих пор существует неясность в отношении анти-тромботической терапии и лечение интракраниальных микотических аневризму такой группы больных.

*Ващенко А.В., Зятева А.П.*

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

### **ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССОВ И ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

Нередко клинические проявления, магнитно-резонансные и компьютерно-томографические изображения при абсцессах и опухолях головного мозга схожи, что препятствует возможности дооперационной верификации диагноза и оптимальному выбору лечебной тактики. Приводим одно из таких клинических наблюдений.

Пациентка А. 2007 г.р., urgently поступила в стационар клинической базы нашей кафедры нейрохирургии 02.01.15г. в крайне тяжёлом состоянии, с продолжающимися судорогами (эпистатус), возникшими на фоне потери сознания вскоре после внезапного возникновения интенсивной головной боли. С учётом результатов спиральной компьютерной томографии (КТ) головного мозга (произведена дважды – при госпитализации и через 5 часов), определён предварительный диагноз «Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу от 02.01.15г.: спонтанное субарахноидальное кровоизлияние», не подтвердившийся при люмбальной пункции, выполненной 04.01.15г. Произведена дважды магнитно-резонансная томография (МРТ) 06.01.15г. – нативная, и 08.01.15г. – с контрастированием; с учётом её результатов, диагноз при выписке – «Объёмное образование парасагиттально-субкортикальных отделов правой теменно-затылочной области головного мозга неуточнённой гистоструктуры (наиболее вероятно – опухоль) с эписиндромом» (выписана 16.01.15г со значительным улучшением для динамического наблюдения и дообследования по месту жительства, с рекомендацией выполнения в плановом порядке операции – удаления указанного объёмного образования).

С 21.01.15г. появились и постепенно нарастали головные боли справа в лобно-теменно-затылочной области, слабость в левых конечностях, общая слабость, снижение аппетита, периодическая бледность кожи лица, усиленное сердцебиение, периодическое повышение температуры тела 37,0-38,3оС; 26.01.15г. присоединилась рвота, больная А. повторно госпитализирована в нейрохирургический стационар. Произведено 2 операции: 1) 28.01.15г. – костно-пластическая трепанация в теменно-затылочной области справа, выявлен и дренирован абсцесс парасагиттальных отделов правой теменно-затылочной области головного мозга; 2) 30.01.15г. – резекционная трепанация в теменно-затылочной области справа, микрохирургическое удаление абсцесса головного мозга. Выписана со значительным улучшением.

Важнейшей задачей современной нейрохирургии является ранняя диагностика нейрохирургической патологии. В решении этой проблемы особое место отводится методам нейровизуализации. Однако следует отметить, что в связи со схожестью сигнальной характеристики МРТ- и КТ-изображений могут быть значительные трудности для дооперационного установления диагноза, что подтверждается данным клиническим наблюдением.

Таким образом, можно утверждать, что проблема дооперационной дифференциальной диагностики абсцессов и опухолей головного мозга в современной нейрохирургии остаётся актуальной, а существующие методы нейровизуализирующей диагностики нуждаются в совершенствовании.

*Ветров С.Ф., к.м.н.<sup>1</sup>, Алиев А.Ю.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Министерство труда и социальной политики Донецкой Народной Республики

<sup>2</sup>Министерство транспорта Донецкой Народной Республики

### **К ВОПРОСУ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ ТРУДА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА ПЕРИОД 2017-2020 ГГ.**

С целью обеспечения развития системы медицинского обслуживания работающего населения в соответствии с Концепцией развития медицины труда в Донецкой Народной Республике на период 2017-2020 годов в условиях продолжающихся боевых действий, на наш взгляд целесообразно осуществить определенные организационные мероприятия на уровне заинтересованных Республиканских министерств и ведомств.

Современные социально – экономические реалии, сложившиеся в результате проведения военных действий требуют создания комплексной системы медицинского обеспечения населения и его социальной защиты.

Для поддержания производительных сил работоспособного населения, необходимо создание эффективно действующей модели применения медико-социальных услуг по укреплению общего и профессионального здоровья работников.

На промышленных предприятиях и в аграрном секторе ежегодно регистрируются случаи производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, сопровождающиеся утратой трудоспособности и инвалидизацией работников.

Наибольшее число случаев профессиональных заболеваний (ПЗ) выявляется среди работников предприятий угольной промышленности.

Горнорабочие угольных шахт являются специфической группой риска. На протяжении рабочей смены на них воздействуют вредные и опасные факторы производственной среды и трудового процесса, в другое время суток – непродуцируемые факторы, которые связаны с экологическим загрязнением угольных регионов.

Эти данные свидетельствуют как о негативном влиянии вредных производственных факторов на организм работников, так и о недостаточной эффективности систем медицинской и социальной профилактики.

В современных условиях для обеспечения единого системного подхода в сохранении здоровья работающего населения Донбасса, считаем целесообразным восстановление и в случае необходимости корректировку апробированных учетно-статистических форм; методик диагностики, стандартов лечения, реабилитации и профилактики профессиональных и профессионально-обусловленных заболеваний, единых принципов и критериев их диагностики.

Государственные органы исполнительной власти, которые реализуют государственную политику в сфере здравоохранения Донецкой Народной Республики должны обеспечивать сохранение здоровья работающего населения на основании динамического мониторинга основных показателей состояния здоровья, а именно: состояние заболеваемости с временной утратой трудоспособности, количество работников длительно болеющих, количество работников часто и длительно болеющих, состояние здоровья лиц находящихся на диспансерном наблюдении, состояние условий труда и др.

Необходимо создание единой базы учета статистических данных о состоянии здоровья и условий труда работающего населения. Наличие объективных данных позволит осуществлять разработку эффективных комплексных профилактических мероприятий по нормализации их условий труда, производственного быта и медико-санитарного обслуживания.

Считаем целесообразным и необходимым использовать положительный опыт работы Российской Федерации по вопросу формирования медицины труда путем разработки и утверждения целевых комплексных программ по сохранению здоровья работающего населения.

Республиканская программа развития медицины труда, разработанная на основании Концепции развития медицины труда в Донецкой Народной Республике, должна обеспечить максимально возможный низкий уровень риска нарушения здоровья при эксплуатации, разработке и внедрении новой техники, технологий и оборудования.

Оценка профессионального риска должна основываться на результатах социально-гигиенического мониторинга (далее – СГМ) производственной среды и трудового процесса.

Внедрение СГМ обеспечит создание и функционирование системы учета и хранения персональных данных о действующих на организм работающих вредных факторов производственной среды и трудового процесса, выявленных изменениях в состоянии здоровья работающих и обоснованных сроках безопасной работы в неблагоприятных условиях.

Объективные данные, полученные по результатам СГМ, позволят принимать обоснованные управленческие решения по профилактике профессиональных рисков, медицинской и социально-трудовой реабилитации работников с хроническими заболеваниями.

Разработку и внедрение технологии СГМ целесообразно выполнить Министерству здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Методология профилактики профзаболеваний должна базироваться на концептуальной модели формирования и оценке потенциального и реального профессионального риска нарушения здоровья с определением стажевых экспозиционных доз вредных и опасных производственных факторов, обоснованием прогноза развития профзаболеваний, определяющих содержание (тактику и объем) превентивных и реабилитационных мероприятий.

Восстановленная на новом качественном уровне система диспансерного наблюдения должна учитывать современные достижения медицинской науки и практики.

Необходима корректировка учебных планов и программ подготовки специалистов профильными высшими профессиональными образовательными учреждениями, исходя из потребностей и состояния медицины труда в Донецкой Народной Республике.

Социальная защита гражданских прав пострадавших на производстве со стороны органов исполнительной власти осуществляющих контроль за соблюдением условий труда и прав работающих, заключается в обеспечении контроля за выполнением работодателями требований статьи 16 Закона Донецкой Народной Республики «Об охране труда» в части рационального трудоустройства работников, утративших трудоспособность в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в соответствии с медицинскими рекомендациями.

Реализация мероприятий по разработке и внедрению технологии СГМ не требует финансовых и матери-

альных затрат. На данном этапе достаточна мобилизация организационных возможностей профильных министерств и ведомств (социальных партнеров).

Актуальным является вопрос эффективной организации и координации работы социальных партнеров при разработке Республиканской программы медицины труда на основе Концепции развития медицины труда в Донецкой Народной Республике.

*Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М.*

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

### **ОСОБЕННОСТИ «Я-КОНЦЕПЦИИ» ЛИЧНОСТИ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ.**

**Актуальность** нашего исследования в научном аспекте определялась необходимостью изучения особенностей «Я - концепции личности» с непсихотическими психическими нарушениями. «Я - концепция» - это динамическая система представлений человека о самом себе, в которую входит как собственное осознание своих физических, интеллектуальных и других качеств, так и самооценка, а также субъективное восприятие, влияющих на данную личность внешних факторов.

**Объект исследования:** «Я - концепция» личности. **Предмет исследования:** Особенности «Я - концепции» личности с непсихотическими психическими нарушениями. **Цель исследования:** определить особенности «Я - концепции» личности с непсихотическими психическими нарушениями. **Гипотеза исследования:** у больных с непсихотическими психическими нарушениями могут наблюдаться особенности в структуре «Я - концепции»: низкий уровень самоуважения, самопринятия, самооценки; высокий уровень самообвинения.

Данная работа была осуществлена на базе Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака. Выборку составили 63 человека в возрасте от 28 до 58 лет. Основная выборка исследования была отобрана после предварительного пилотажного исследования, и составила 30 человек: 12 больных отделения кардиохирургии и тромбозиса, 4 человека отделения термических поражений и пластической хирургии, 8 больных неврологического отделения и 6 человек отделения пластической хирургии уха, горла, носа, имеющие непсихотические психические нарушения. В качестве контрольной группы выступили больные в количестве 30 человек: 10 больных отделения кардиохирургии и тромбозиса, 3 человека отделения термических поражений пластической хирургии, 12 больных неврологического отделения и 5 человек отделения пластической хирургии уха, горла, носа, не имеющих нарушения непсихотического психического типа.

Для проверки выдвинутой гипотезы использовался комплекс психодиагностических методов: «Шкала самооценки уровня тревожности» Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина для изучения самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека); «Шкала депрессии» А.Т. Бека для выявления ограниченного набора наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб; «Метод цветочных выборов» в адаптации Л.Н. Собчик для диагностики внутреннего состояния человека; методика исследования самоотношения (МИС) (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев) для определения уровней самоотношения; методика Дембо - Рубинштейн (модифицированная А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых) для изучения самооценки и уровня притязаний; методика «Когнитивная ориентация» (локус контроль, Дж. Роттер) для определения направленности личности на внешние или внутренние стимулы; «Самоактуализационный тест» (Э. Шостром) для определения индивидуальных проявлений самоактуализации. Методы математической статистики: описательная статистика, t - критерий Стьюдента, дисперсионный анализ Р. Фишера.

Проведенное исследование выявило достоверные различия у пациентов основной и контрольной групп. Таким образом, содержание «Я - концепции» претерпевает изменения у больных с непсихотическими психическими нарушениями.

*Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М.*

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

### **КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОЖоговой БОЛЕЗНЬЮ**

**Актуальность.** В настоящее время выделяют несколько подходов к толкованию понятия «копинг». Первый, наиболее ранний подход, трактует его в терминах динамики «Эго» как один из способов психологической защиты, используемой для ослабления психического напряжения. Второй подход определяет копинг в терминах черт личности (диспозиционные концепции копинга) - как относительно постоянную предрасположенность индивидуума, устойчивый стиль реагирования на стрессовые события определенным образом. И, наконец, согласно третьему подходу, разработанному Р. Лазарус и С. Фолкман, копинг понимается как динамический процесс рассматривается как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса.

Ожоги (combustio) - это повреждения тканей, вызванные действием высокой температуры, химических веществ и лучевой энергии.

**Объект исследования:** копинг-поведение личности. **Предмет исследования:** копинг-поведение личности больных с ожоговой болезнью. **Цель исследования:** изучить копинг-поведения личности больных с ожоговой болезнью. **Гипотеза исследования:** копинг-поведение больных с ожогами термического характера будет отличаться от копинг-поведения больных с ожогами химического характера.

Данная работа была осуществлена на базе Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, в отделении термических поражений и пластической хирургии.

Основную выборку исследования составили 43 человека. В первую группу вошли 26 больных с термическими ожогами. Это ожоги пламенем – воспламенение бензина, газов, пламя от печки, ошпаривание горячими жидкостями и паром. Такие ожоги бывают наиболее тяжёлыми, так как температура пламени достигает 2000-3000 °С. Кроме того, при пожарах обычно присоединяется неблагоприятное воздействие на организм угарного газа.

Вторую группу составили 17 больных с химическими ожогами. Химические ожоги были получены при попадании на кожу и слизистые оболочки различных химических веществ (кислот, щелочей). В некоторых случаях пациенты по ошибке выпивали сильные химические жидкости, вызывающие ожог полости рта, пищевода и желудка.

В исследовании были использованы следующие методики: «Опросник для изучения копинг-стратегий» Р. Лазаруса для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Тест Э. Хейма для определения стиля борьбы со стрессом. Методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика и Х. Келлермана для измерения степени использования индивидом (группой) различных механизмов психологической защиты. Методы математической статистики: описательная статистика, t-критерий Стьюдента.

Проведенное исследование выявило достоверные различия у пациентов с термическими поражениями в сравнении с пациентами с химическими поражениями и нормой практически по всем показателям, а именно: в выборе копинг-поведения, в ситуационно-специфических вариантах копинга, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий, а также в использовании защитных механизмов.

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

### **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ КУРОРТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

Современная экологическая, социальная и политическая ситуации в крупных промышленных городах Луганщины характеризуется отрицательным воздействием на жителей и военнослужащих химических веществ, среди которых преобладают тяжелые металлы. В основном тяжелые металлы поступают в организм через дыхательные пути, что приводит к прогрессированию хронических легочных заболеваний, в том числе повышение риска возникновения опухолей легких и хронической обструкции дыхательных путей.

Целью нашей работы было изучить использование физических курортологических факторов, дифференцированных с учетом клиники течения заболевания у военнослужащих промышленного центра, стадии и степени выраженности активности патологического процесса, вследствие чего изменяются корково-подкорковые отношения и состояние нейрогуморальных систем, что благотворно влияет на деятельность патологически измененных органов дыхания.

Методы санаторно-курортного лечения базируются на использовании природных и преформированных лечебных факторов – климатотерапия, талассотерапия (лечебное использование морских купаний, минеральных вод), а так же таких составляющих как санаторный режим, лечебная физкультура, диетотерапия, аппаратная физиотерапия, психотерапия, рефлексотерапия и др. По данным Министерства здравоохранения Луганщины, за последние десять лет в структуре общих заболеваний бронхолегочная патология занимает одно из первых мест и достигает более 39,6%. Это обусловлено прежде всего тем, что органы дыхания, как открытая система, находятся на первой линии защиты организма от неблагоприятных факторов окружающей среды, а социально-экологическая ситуация в регионе оставляет желать лучшего. С целью охраны здоровья военнослужащих и населения региона можно использовать природные ресурсы. Это – разнообразные ландшафты и растительный мир, благоприятный климат, теплое море Крыма, лечебные грязи, озокерит, минеральные воды Кавказа. Поэтому реабилитация военнослужащих с заболеваниями органов дыхания составляет одну из важных задач современной курортологии, включающей следующие моменты: реализация плана профилактических мероприятий, выполнение санитарно-гигиенических требований, закрепление полученных результатов терапевтического эффекта после лечения острых периодов течения заболеваний, нормализация дренажной функции легочных путей, бронхов, повышение общей и местной реактивности организма военнослужащего, нормализация физического и психоэмоционального состояния.

Таким образом, вопросы санаторно-курортного лечения военнослужащих с заболеваниями органов дыхания мы рассматриваем как важный завершающий этап реабилитации организма. Среди причин данной патологии одну из главных ролей отводят экологическим факторам и недостаточности средств функциональной реабилитации. Лекарственная терапия при воспалительных заболеваниях органов дыхания приводит к изменениям функциональной активности процессов противоинфекционной защиты, что требует контролируемой реабилитационной ситуации.

*Воеводина В.С.*

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр МЗ ДНР

### **РЕАЛИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К ОКАЗАНИЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Психотерапевтическая служба тесно связана с психиатрической, вместе с которой, а также с другими специализированными службами (в частности, кризисной, сексологической) образует систему охраны психического здоровья населения. Организация оказания современной психотерапевтической помощи населению основывается на следующих принципах: 1) приближенности к населению (доступности); 2) соответствия современному уровню научных знаний; 3) необходимости и достаточности лечебных мероприятий с минимальными социально-правовыми ограничениями; 4) ступенчатости (осуществления помощи на различных уровнях); 5) преемственности (взаимосвязи учреждений различного уровня по вопросам объема оказания специализированной помощи, ведения учетных форм медицинской документации, оказания консультативной, диагностической и лечебной помощи); 6) законности, гуманности, добровольности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина; 7) взаимодействия с государственными, негосударственными и общественными организациями по вопросам охраны психического здоровья населения.

Реализуя современные требования к оказанию психотерапевтической помощи населению на основе вышеперечисленных принципов, работает психотерапевтическая служба Донецкой Народной Республики. Данная служба сформировалась в процессе предшествующего реформирования как психиатрических, так и непсихиатрических учреждений здравоохранения. В процессе реструктуризации из общепсихиатрического учреждения в психотерапевтическое, психоневрологическое была создана Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр МЗ ДНР (РКПБ-МПЦ) как основное учреждение для оказания высокоспециализированной психотерапевтической, медико-психологической и психоневрологической помощи. РКПБ-МПЦ является одним из типов психотерапевтических центров как третьего звена психотерапевтической помощи, осуществляя разнообразные виды психотерапевтической помощи и имея в своем составе стационарные психоневрологические отделения, дневной стационар, а также амбулаторную службу, включающую кабинеты на базе больниц непсихиатрического профиля, специализирующиеся на проведении сложных видов психотерапии (амбулаторной, групповой, семейной, помощи детям и подросткам). Соответственно, как психотерапевтический центр РКПБ-МПЦ является координатором психотерапевтической работы на территории ДНР, создаёт предпосылки для адекватного применения всего комплекса психотерапевтических методов. Также путем реструктуризации в крупнейшем многопрофильном учреждении области – Донецком клиническом территориальном медицинском объединении МЗ ДНР – открыто отделение семейно-психоневрологического консультирования – сексологии и психотерапии, созданы психотерапевтические и психологические кабинеты в психиатрических и наркологических больницах, Донецком республиканском центре охраны материнства и детства, Республиканском онкологическом центре, других учреждениях здравоохранения непсихиатрического профиля.

В настоящее время организационная структура психотерапевтической службы ДНР обеспечивает осуществление на первичном (взаимодействие с другими службами МЗ ДНР), вторичном и третичном уровнях современного комплекса специальных мероприятий и клинико-психологических техник, направленных на диагностику симптомов психических расстройств, их значения в жизни больного, на преодоление дезадаптивных отношений, терапию нарушения эмоций и поведения, с целью уменьшения дистресса и улучшения социальных взаимоотношений у лиц с острыми и хроническими клинико-психологическими расстройствами, а также на реабилитацию больных и инвалидов, в соответствии с Законами ДНР «О здравоохранении» и «О психиатрической помощи».

*Воропаев В.В.*

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

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Введение:** Распространенность инъекционной наркомании носит волнообразный характер. Количество наркоманов резко возрастает в связи с экономическими и политическими кризисами.

**Цель:** выработать оптимальную тактику хирургического лечения постинъекционных повреждений магистральных сосудов у больных с наркотической зависимостью.

**Материалы и методы:** проведен анализ материалов лечения 87 пациентов. Мужчин - 72, женщин - 15. Средний возраст - 26 лет. Все больные оперированы в экстренном и неотложном порядке с аррозивным кровотечением из артерий (72 пациентов), из вен (9 пациентов) или из артерии и вены (6 пациентов). При обследовании больных использовались: УЗИ, рентгеноконтрастная ангиография, электромиография, иммунологические и бактериологические исследования.

**Обсуждение:** сепсис, геморрагический шок и инфицирование в зоне повреждения сосудов не позволяет подавляющему большинству больных в остром периоде выполнить реконструктивно-восстановительную операцию. Лигирование артерий в ране и на протяжении выполнены 77 пациентам. Гангрена конечности развилась у 6 больных. Реконструктивно-восстановительные операции в остром периоде произведены 10 больным, из них:

обходное атипичное шунтирование (ОАШ) эксплантатом- 4, аутовеной- 2; протезирование в зоне повреждения аутовеной- 2, ушивание дефекта артерии- 2.

В отдаленном периоде, от 6 до 12 месяцев, 15 пациентам выполнены следующие операции: ОАШ эксплантатом -12, аутовеной -5, резекция артериовенозной аневризмы - 2. Применение синтетических протезов обусловлено окклюзией подкожных вен.

Анализируя результаты реконструктивно-восстановительных операций в остром периоде, выявлено: инфицирование синтетических протезов - 4 случая, аутовены при реконструкции в зоне повреждения - 2, несостоятельность при ушивании дефекта артерии - 2. После отсроченных операций инфицирование эксплантатов возникло у 2 больных.

**Выводы:** Противопоказанием к реконструктивно-восстановительным операциям в остром периоде у данных больных является сепсис, геморрагический шок и обширный очаг инфицирования. Реконструкцию производим вне очага инфицирования и только аутовеной. В отдаленном периоде после заживления ран и отсутствия сепсиса, при реконструктивно-восстановительных операциях, отдаем предпочтение аутовенозным трансплантам, при окклюзии подкожных вен - синтетическим протезам.

*Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Клименко А.И., Лахно О.В.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра медицинской физики, математики и информатики

### **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА НА ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА**

В последние годы, в результате изменения климата на планете, произошли существенные сдвиги характера воздействия факторов внешней среды на организм человека. Значительные колебания температуры воздуха, атмосферного давления, влажности, наличия электромагнитных излучений разной природы и интенсивности в течение короткого промежутка времени, особенно в осенне-зимний период года, могут оказывать не только неблагоприятное влияние на функциональное состояние отдельных органов и систем организма человека, но и приводить к нарушению и даже срыву процесса адаптации, а в дальнейшем – к возникновению различных заболеваний.

Цель исследования – изучение влияния климатогеографических условий на формирование функциональных состояний организма человека на территории Донбасса.

Климат на территории Донбасса характеризуется значительными суточными, годовыми и абсолютными колебаниями температуры воздуха, выраженным быстрым похолоданием и оттепелями, частыми туманами, засушливо-суховейными атмосферными явлениями, гололедными образованиями. Все это объясняется удаленностью от Атлантического океана, близостью азиатского материка, который усиливает континентальность, рельефом местности, некоторым незначительным влиянием Азовского и Черного морей. Донецкий кряж и Приазовская возвышенность вносят существенный вклад в формирование климата на этой территории. Это влияние сопровождается понижением средней годовой температуры воздуха, увеличением продолжительности периода с морозами, повышением устойчивости снежного покрова, усилением процессов конденсации влаги. Все вышеперечисленные климатические особенности проживания отрицательно сказываются на состоянии здоровья жителей Донбасса.

Высокая концентрация промышленного и сельскохозяйственного производства, развитая транспортная инфраструктура в Донецкой области в сочетании с высокой плотностью населения создают чрезвычайно высокую техногенную и антропогенную нагрузку на организм жителей Донбасса, что приводит к ежегодному увеличению общей заболеваемости населения. Шахтные терриконы, доменные печи и отвалы горных пород, эксплуатирующиеся до настоящего времени являются дополнительными источниками повышенной радиации и выбросов вредных химических веществ, в том числе плавиковой кислоты. Непредсказуемы для здоровья населения и последствия постепенного затопления и закрытия угольных шахт региона.

Все вышеперечисленные факторы климатогеографической природы в сочетании с интенсивным загрязнением окружающей среды, оказывают существенное негативное влияние на процессы адаптации организма человека и резко увеличивают риск возникновения хронических заболеваний у жителей Донбасса. Это диктует необходимость разработки методов количественной оценки функциональных состояний человека на основе применения нейросетевого моделирования. Полученные в результате исследований данные позволят прогнозировать развитие неблагоприятных функциональных состояний у жителей Донбасса и разработать гигиенические рекомендации по коррекции функциональных состояний организма с целью их оптимизации в условиях влияния климатогеографических факторов района проживания.

*Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Остапенко В.И.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,  
Кафедра медицинской физики, математики и информатики

### **МОДЕЛЬ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА**

Анализ проблемы диагностики функциональных состояний (ФС) человека свидетельствует о необходимости разработки эффективных экспресс - методов, позволяющих оценить адекватность состояний, возник-

кающих при выполнении того или иного вида деятельности. Отсутствуют комплексные, системные подходы в определении и прогнозировании таких состояний. Решение этой сложной задачи может быть осуществлено с использованием метода нейросетевого моделирования. Целью исследований была разработка нейросетевой модели диагностики и прогнозирования ФС человека.

Исследования проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской, физики, математики и информатики Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. В исследуемую группу всего вошло 269 человек (153 мужчины и 116 женщин) в возрасте от 17 до 70 лет. На основе оценки состояния здоровья по данным медицинских осмотров из нее были сформированы контрольная и опытная группы. Контрольную группу составили 164 человека (81 мужчины и 83 женщины). В нее вошли лица, у которых на момент обследования не было острых заболеваний, а также хронических заболеваний в стадии обострения. Опытная группа объединила 105 человек (72 мужчины и 33 женщины), с различными функциональными состояниями и заболеваниями. В сформированных группах изучали и анализировали антропометрические, физиологические, гемодинамические показатели, биологический возраст человека. Построение и анализ нейросетевых моделей проводился в лицензионном пакете Statistica Neural Networks, построение логистических моделей регрессии и ROC-анализ – в пакете MedCalc.

Для решения поставленной задачи была построена нейросетевая модель регрессии. В качестве входных признаков для построения модели использовалось 99 показателей: паспортный возраст, пол, антропометрические, физиологические, стабилметрические показатели, ВСР. Выходным признаком был прогнозируемый биологический возраст человека (ПБВ). Для выбора наиболее значимых для прогноза ФС признаков был использован генетический алгоритм отбора. В результате его применения (при штрафе за элемент Unit Penalty=0,001) было отобрано 7 показателей: возраст (ПВ), масса тела (МТ), индекс Кетле (ИК), артериальное систолическое (АД с.) и диастолическое давление (АД д.), среднее артериальное давление (АД ср.), интегральный стабилметрический показатель (LFS). На основе этих параметров была построена модель прогноза биологического возраста человека. При решении задачи количественной оценки ФС человека путем расчета ПБВ достаточной является классификация состояний с разбитием их на два класса. Первый класс - это лица, в которых прогнозируется высокий риск ухудшения ФС, второй класс, - те, у кого прогнозируется низкий риск его ухудшения. Если в результате расчетов текущее значение  $Y_{тек}$  будет больше критического  $Y_{кр.}$ , прогнозируется высокий риск ухудшения ФС. Если текущее значение  $Y_{тек}$  будет меньше чем  $Y_{кр.}$ , прогнозируется низкий риск ухудшения ФС. Была проведена биологическая верификация разработанной модели у пациентов с разными хроническими заболеваниями, которые состояли на диспансерном учете и один раз в полугодие проходили курсы реабилитации. Полученные результаты подтвердили клиническую эффективность полученной модели.

Разработанный метод количественной оценки ФС на основе нейросетевого моделирования позволяет получить количественную характеристику и прогнозировать риск появления неблагоприятных состояний, которые могут возникнуть под влиянием разных факторов окружающей среды или при выполнении различных видов профессиональной деятельности человека.

*Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Лахно О.В.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького», Кафедра медицинской физики, математики и информатики

### **АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ**

Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы организма человека при воздействии экстремальных температурных факторов внешней среды должна осуществляться на основе системного подхода к анализу данных, которые отражают работу физиологических механизмов поддержания температурного гомеостаза. Изменение функционального состояния сердечно-сосудистой в ответ на дозированный краткосрочный низкотемпературное влияние может зависеть, в первую очередь, от исходных значений показателей гемодинамики, от пола, возраста, а во вторую – от уровня адаптационных возможностей организма.

По данным Коркушко А.В., Бердышева Д. и др. не только возрастные морфологические изменения артериальных сосудов, но и возрастные изменения процесса регуляции сосудистого тонуса в целом нарушают адаптационные свойства аппарата кровообращения к внешним воздействиям, могут привести к выраженной ее дезадаптации.

Целью данного исследования было оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у лиц пожилого возраста путем анализа интегральных показателей, отражающих степень изменения адаптационного потенциала организма при воздействии экстремально низкой температуры.

В исследовании принимали участие лица, находившиеся в ГО «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр» с нарушениями опорно-двигательного аппарата (класс XIII М42.1 по МКБ-10) в состоянии клинической ремиссии не менее 1 года, с показателями терапевтической и лабораторной нормы.

Для интегральной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы рассчитывались и оценивались следующие интегральные показатели: индекс функциональных изменений (ИФИ) и уровень функционального состояния (УФС), которые в совокупности согласно принципам системного подхода позволяют

решить задачи количественной оценки состояния данной системы. Исследованиями было установлено, что у лиц пожилого возраста выявлены статистически значимые различия по интегральным показателям ИФИ и УФС среди мужчин и женщин ( $p < 0,05$ ).

У мужчин пожилого возраста под влиянием криотермического фактора возникает существенное перенапряжение или даже срыв механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы, сопровождающееся переходом функционального состояния на более низкий уровень. У женщин пожилого возраста при воздействии экстремально низкой температуры возникало лишь умеренное перенапряжение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы. При этом УФС у пожилых женщин после завершения курса криотерапии изменялся в сторону оптимизации, от «низкого» уровня до уровня «ниже среднего». Выявленные факты совпадают с литературными данными, где авторы (R. Frike) указывают на то, что большие пожилого возраста, имея морфологические изменения периферических и коронарных сосудов, реагируют на криотермические воздействия снижением адаптационных возможностей организма, что приводит к острым нарушениям сердечной деятельности. Воздействие экстремально холода приводит к усилению сосудистого спазма и увеличивает нагрузку на сердце, что вызывает дальнейшее повышение периферического сопротивления сосудов, повышение артериального давления.

Таким образом, можно сделать вывод, что в процессе старения сердечно-сосудистая система организма человека претерпевает ряд структурных и функциональных изменений, которые в общей совокупности значительно снижают диапазон ее адаптивных возможностей, и тем самым ограничивают применение физических температурных факторов воздействия при реабилитации и оздоровлении лиц пожилого возраста.

*Гаргат Е.А.<sup>1,2</sup>, Филатов Д.А.<sup>1</sup>, Роечко Г.Н.<sup>1</sup>, Стадник А.Д.<sup>2</sup>, Баранова В.В.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>ГУ «Луганский Республиканский противотуберкулезный диспансер», Луганск;

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

## **ВОЗМОЖНОСТИ МОДУЛЯЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕСС-ОТВЕТА ПРИ ВЫСОКОТРАВМАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ВО ФТИЗИОТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Введение.** Среди факторов, влияющих на течение послеоперационного периода, выделяется роль хирургического стресс-ответа, тесная связь которого с частотой послеоперационной дисфункции органов и систем, количеством послеоперационных осложнений в целом, не вызывает сомнений. Уровень гликемии и показателей гемодинамики, тонуса отделов вегетативной нервной системы, как проявление метаболического компонента хирургического стресс-ответа, можно назвать одними из наиболее доступных на практике объектов исследования. Хотим отметить, что применение фентанила в высоких, стресс-модулирующих дозах, закономерно приводит к росту побочных эффектов опиатов. *Opioidfree anesthesia (OFA)*, на основе комбинации внутривенно вводимых местного анестетика, магния сульфата, альфа-2 агонистов и кетамина в сочетании с короткодействующими гипнотиками, позволяет снизить дозу опиоидов и избежать их типичных побочных эффектов.

**Цель исследования:** Оценка модулирующего влияния *OFA* на эндокринно-метаболический компонент хирургического стресс-ответа во фтизиоторакальной хирургии.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включено 46 пациентов с легочными формами туберкулеза, которым в плановом порядке проводились торакотомические резекционные операции на легких. Подготовка к операции в обеих группах соответственно принципам *fast track* хирургии. Первую группу составили 26 пациентов, у которых имело место включение элементов *OFA* в стандартную схему анестезии. Во вторую группу вошло 20 пациентов, составивших группу контроля. Проводилась общая поликомпонентная анестезия с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным методом, в обеих группах пациентов. У всех пациентов проводилась раздельная интубация бронхов и имела место однологочная вентиляция. В качестве элементов *OFA*, в первой группе вводили в дополнение к стандартной схеме, лидокаин 1,5 - 2 мг/кг/час., магния сульфат 7 - 10 мг/кг/час, клофелин 150-300 мкг. в премедикацию, кетамин 0,5 мг/кг/час. Введение начинали до нанесения хирургической травмы и прекращали после окончания операции.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Показатели гемодинамики у второй группы пациентов, клинически, характеризуют удовлетворительный уровень обезболивания, при умеренной степени активации симпатoadреналового отдела вегетативной нервной системы. Более низкие показатели уровня активации симпатической нервной системы на этапах операции и после нее, в первой группе пациентов, обусловлены как более высоким уровнем обезболивания, с одной стороны, так и симпатолитическими и вазодилатирующими эффектами компонентов *OFA*, с другой. Более низкие показатели уровня гликемии во время операции и после нее в первой группе пациентов, коррелируют с низкой степенью активности симпатической нервной системы в той же группе на аналогичных этапах, что соответствует данным литературы. Настоящие эффекты обусловлены стресс-модулирующими и симпатолитическими, а так же анальгетическими эффектами, как местных анестетиков, так и альфа 2 агонистов, магния сульфата.

**Вывод:** Включение в схему общей анестезии компонентов *OFA*, таких как внутривенно вводимый местный анестетик, магния сульфат, альфа-2 агонисты и кетамин, оказывает модулирующее влияние на эндокринно-метаболический компонент хирургического стресс-ответа.

*Глотов А.В., Кондаков М.Д., Аль Баргути Р.А.*

Республиканский онкологический центр им. Г.В.Бондаря

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА.**

**Вступление.** Рак желудка остается одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований. Ежегодно в мире рак желудка диагностируют у 800 – 900 тыс. человек. Основным методом лечения является хирургический.

**Цель работы.** Разработать комплекс хирургических мероприятий, направленных на улучшение функциональных результатов и качества жизни больных раком желудка после гастрэктомии.

**Материалы и методы.** Изучены результаты выполнения 447 гастрэктомий, произведенных по поводу рака желудка. Все больные были разделены в зависимости от способа постгастрэктомической реконструкции и, в частности, от методики формирования межкишечного анастомоза. Формирование пищеводно-кишечного анастомоза во всех случаях производили по единой методике, предусматривающей использование разработанного в клинике функционально активного муфтообразного анастомоза. Исследуемую группу составили 241 пациент, которым была выполнена постгастрэктомическая реконструкция с поперечно-продольным межкишечным анастомозом. В контрольной группе – 206 больных, которым формировался межкишечный анастомоз по Брауну.

**Результаты и их обсуждения.** Функциональные результаты и качество жизни больных оценивали через 12 и 24 месяцев после операции. При оценке функциональных результатов установлено, что среди пациентов у которых постгастрэктомическая реконструкция выполнялась по разработанной методике в 24,5% случаев наблюдались различные постгастрэктомические осложнения. У больных контрольной группы отмечено значительно большее число постгастрэктомических осложнений, которые имелись у 35,3% больных ( $p=0,03$ ). Необходимо отметить, что среди пациентов, у которых были выявлены какие-либо жалобы через 12 месяцев, они сохранялись и через 24 месяца, хотя их проявление были менее выраженными. Качество жизни больных изучали при помощи анкетирования. При этом была использована анкета-опросник QLQ-C30. Изучение качества жизни больных раком желудка через 12 месяцев после гастрэктомии с высокой степенью достоверности подтвердило, что применение разработанного способа постгастрэктомической реконструкции обеспечивает удовлетворительное, хорошее и отличное качество жизни у 62,8% ( $55,3\% \div 70,2\%$ ) больных исследуемой группы, в то время как в контрольной группе только у 47,0% ( $38,8\% \div 55,4\%$ ) пациентов получены подобные результаты (разница статистически достоверна ( $p=0,005$ )). Еще лучшие показатели качества жизни отмечены через 24 месяца: в исследуемой группе  $67,3\% \pm 3,7\%$  пациентов оценивали качество жизни на «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично», а среди пациентов контрольной группы такую оценку качества жизни дали только  $55,9\% \pm 4,3\%$  больных ( $p=0,03$ ).

**Выводы.** Разработанный способ формирования межкишечного анастомоза обеспечивает достоверное снижение частоты постгастрэктомических осложнений и улучшает качество жизни больных по сравнению с наложением межкишечного анастомоза по Брауну при выполнении гастрэктомии.

*Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю., Бугаенко О.А., Друпова В.И.*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

## **ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК**

Среди актуальных вопросов нефрологии особое место принадлежит проблеме изучения факторов прогрессирования хронических заболеваний почек (ХЗП). В настоящее время наряду с важностью диагностики клинического и морфологического типов уронефропатий становится очевидным прогностическое значение параметров, отражающих тяжесть тубулоинтерстициальных изменений (ТИИ).

Целью нашего исследования было повышение эффективности диагностики ХЗП на основании определения роли провоспалительных и просклеротических цитокинов в формировании ТИИ у больных с хроническими уронефропатиями и установление значения этого повреждения в прогрессировании ХЗП у детей.

Изучение функционального состояния почек проведено у 152 детей в возрасте от 6 до 17 лет. Все больные были разделены на 3 группы по степени ТИИ (незначительные, умеренные, выраженные). В рамках нашего исследования были изучены следующие нозологические единицы – стероидрезистентная нефротическая форма хронического гломерулонефрита (ХГН), гематурическая форма ХГН, хронические гломерулопатии, стероидчувствительная нефротическая формой ХГН, хронический пиелонефрит, хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Проводили исследования уровней провоспалительных, просклеротических и противовоспалительных медиаторов, изучали данные нефробиоптатов. Для разработки косвенных критериев тяжести ТИИ использована неоднородная последовательная процедура Вальда-Генкина. Диагностическую информативность признака (I) оценивали с помощью критерия Кульбака.

На основании анализа уровней медиаторов нами были разработаны непрямые критерии оценки тяжести ТИИ, среди которых наиболее весомыми оказались 11 параметров: фактор некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), интерферон- $\gamma$  (ИНФ- $\gamma$ ), интерлейкины-6, 8, 10 (ИЛ), трансформирующий фактор роста- $\beta_1$  (ТФР- $\beta_1$ ), оксид азота (NO), уровень осмотического концентрирования (ОК), клубочковой фильтрации (КФ), наличие артериальной гипертензии и длительность заболевания. Диагностическая система включила два алгоритма дифференциальной

диагностики: между незначительными и умеренными ТИИ и умеренными и выраженными ТИИ. Выраженную дифференциально-диагностическую значимость между незначительными и умеренными ТИИ ( $I \geq 3,0$ ) имеют три признака – КФ ( $I=11,57$ ), ИНФ- $\gamma$  ( $I=4,09$ ) и ОК ( $I=3,17$ ). Два признака выявили умеренную диагностическую информативность ( $2,99 \leq I \leq 1,0$ ): ФНО- $\alpha$  ( $I=2,41$ ), ИЛ-8 ( $I=1,92$ ). При трансформации умеренных ТИИ в выраженные тесную связь с нарастанием тяжести морфологического процесса выявляет в 2 раза большее количество параметров. В порядке убывающей информативности ими стали: ИЛ-10 ( $I=12,80$ ); ИЛ-6 ( $I=6,80$ ); ИНФ- $\gamma$  ( $I=6,28$ ); ФНО- $\alpha$  ( $I=6,17$ ); NO ( $I=3,90$ ) и ТФР- $\beta$ , ( $I=3,60$ ). Выявленные меньшие диагностические различия между незначительными и умеренными ТИИ, чем между умеренными и выраженными ТИИ, очевидно, связаны с тем, что при незначительных и начальных проявлениях ТИИ активно включаются компенсаторные механизмы защиты, нивелирующие различия между группами. При выраженных ТИИ возникает иная ситуация, связанная с декомпенсацией защитных механизмов, что и вызывает столь значимую диагностическую разницу между этими больными. При проверке эффективности алгоритма выявлено практически полное соответствие (97,4%) данных нефробиопсии и результатов работы алгоритма.

Таким образом, разработанный в настоящем исследовании алгоритм диагностики тяжести ТИИ позволяет с помощью косвенных методов исследования свести до минимума контингент больных, подлежащих нефробиопсии, и в 97,4% случаев получить правильную оценку степени ТИИ.

*О.Н. Голоденко, В.Ал. Абрамов*

ГОУ ВПО ДонНМУ им. М.Горького

## **МЕХАНИЗМЫ И МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ МОТИВАЦИОННО-ПОТРЕБНОСТНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Самоактуализирующийся педагог, в первую очередь, это компетентный специалист своего дела и, конечно же, личность, стремящаяся к реализации собственного позитивного индивидуального потенциала. Преподаватель, не способный сам к самоактуализации, не может формировать эти качества у студента. Следовательно, решая проблему компетентности обучающегося в ВУЗе, необходимо начинать с активизации и/или восстановления мотивов и потребностей личности преподавателя. Самоактуализация преподавателя лежит в основе мотивационно-потребностной компетенции, которая отражает мотивационную направленность на личностный и профессиональный рост и готовность к успешной профессиональной деятельности.

Характерной и важной особенностью любой личности, необходимой для достижения ее самоактуализационной готовности является осознанность и управляемость. Основой реализации процесса самоактуализации является механизм осознанной самоорганизации, который в значительной степени опирается на последовательность ряда процедур рационалистического характера, что и позволяет рассматривать и исследовать её с позиции личностно-деятельностного подхода.

Движущей силой саморазвития в личностно-профессиональной сфере, как сложного соотношения факторов и механизмов развития компетентного педагога ВУЗа, является профессиональная мотивация. Её роль, как фактора самоактуализации, проявляется в степени выраженности по отношению к профессиональной деятельности. Как механизм самоактуализации, она определяет развитие профессионализма преподавателя высшей школы в целом.

Отечественные и зарубежные учёные утверждают, что стать самоактуализирующейся личностью вполне реально. Потребность в самоактуализации присуща всем без исключения психически здоровым людям с рождения, данный процесс может быть активизирован практически в любом возрасте и, что немало важно, он обладает свойством восстанавливаемости.

Результатом самоактуализации преподавателя является его профессионально-личностный рост, а успех его работы в значительной степени зависит от профессионально-педагогической направленности личности. Относительно преподавателя медицинского ВУЗа её специфика заключается в синтезе педагогики и медицины, как науки. Совершенствование деятельности преподавателя медицинского ВУЗа основывается на эмоционально-положительном отношении к своей профессии. Таким образом, профессионально-педагогическая направленность перерастает в жизненную позицию личности, в её жизненную потребность. И это становится большим стимулом для самоактуализации, профессионального роста и творческого самовыражения.

Для оптимизации самоактуализации основное значение имеет положительная мотивационная установка на личностный и профессиональный рост и готовность к успешной профессиональной деятельности. Для реализации данных мотивов важным движущим фактором является правильная профессионально-педагогическая направленность личности преподавателя и содержание самих мотивов, которые заключаются в синтезе педагогики и медицины. Основными компонентами для развития этих факторов являются: самоуважение и уважение к обучающимся, уверенность в собственных силах и силах студентов, эмоционально-положительное отношение к профессии, осмысление потребности в саморазвитии и стремление к творческому самовыражению. Развить самоактуализационную готовность можно с помощью тренинга профессионально-личностного роста, который усиливает мотивацию самосовершенствования для саморазвитию личности преподавателя, находящегося в рефлексивной позиции, через овладение эффективными способами свободного, демократического, социально ответственного поведения.

*О.Н. Голоденко*

ГОО ВПО ДонНМУ им. М.Горького

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ (ПСИХИЧЕСКИЕ) РЕСУРСЫ ЛИЧНОСТИ**

Концепция личности как субъекта жизненного пути позволила рассматривать не только зависимость личности от ее жизни, но и зависимость жизни от психических ресурсов личности.

Понятие «ресурс» чаще всего характеризуется в психологии как некий запас жизненных возможностей, который может быть использован субъектом в качестве средств развития личности. Близким к нему по смыслу является понятие «личностный потенциал», который, по мнению Д.А. Леонтьева, является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, главным показателем и формой проявления которой является самодетерминация, то есть осуществление деятельности в относительной свободе от внешних и внутренних условий.

Понятие «ресурсы личности» сравнительно недавно появилось в научной психологии и в последние десятилетия начинает занимать в психопатологии личности все более важное место. В широком смысле к функциональным ресурсам относится все, что может быть задействовано человеком для эффективного существования и поддержания качества жизни.

Ресурсы делятся на социальные и личные (психические), иначе говоря – внешние и внутренние. Внешние ресурсы – это материальные ценности, социальные статусы и социальные связи, которые обеспечивают поддержку социума, помогают человеку снаружи. Внутренние ресурсы – это психический личностный потенциал, характер и навыки человека, которые помогают изнутри. Однако, деление на внешние и внутренние ресурсы достаточно условно. Те и другие ресурсы тесно связаны и при утрате внешних ресурсов постепенно происходит утрата ресурсов внутренних.

Внутренние ресурсы – это запас автономии. Он необходим человеку, чтобы сохранять себя во время конфликтов, защищать себя от посягательств, утверждать свою субъектность, свою волю, свою самость и свое Я, не становиться безвольным объектом в ситуации стресса, неодушевленным ресурсом. В слабом (болезненном) состоянии личность не может нащупать в себе внутренние опоры, не способна опираться на себя. Она страдает от одиночества, депрессии и стремится сбежать от той пустоты, которую обнаруживает в себе каждый раз, когда возникла какая-то проблема, стресс или просто появилась тревога.

Ресурсы могут оставаться только пока человек занимается этими ресурсами. Как только он уходит с головой во что-то еще, например, в болезненное состояние, его ресурсы просто постепенно распадаются на части и исчезают. Эта связь нарушается в том случае, если человек перестает развивать свою субъектность, свою автономию, свою эго-интеграцию, а начинает отгораживаться, пассивно «уходя» в ситуацию стресса; вовлекаться в то, что не есть он; бежать от себя в аффективные переживания, в надежде на трансценденцию или просто бездействии.

Под личностными ресурсами, как правило, понимают индивидуально-психологические особенности, связанные с более успешным осуществлением различных видов деятельности и более высоким уровнем психологического благополучия.

В отличие от теории черт личности, подчеркивающей устойчивый характер личностных особенностей, составляющих стержень личности, многие ученые рассматривают личностные ресурсы как гибкие свойства личности, имеющие прижизненное начало и поддающиеся коррекции и развитию. Доказательством этому являются экспериментальные работы по формированию соответствующих особенностей личности, например, выученного оптимизма, жизнестойкости, психологического капитала и других ресурсных характеристик.

Нашей задачей является изучение всех возможных функциональных ресурсов личности, оценка их влияния на формирование психических расстройств и составление эффективного психолого-терапевтического комплекса коррекции личности пациентов психопатологического профиля.

*Гольнева А.П., Стафинова Е.А., Сайко Д.Ю.*

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

Кафедра неврологии и медицинской генетики

## **РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

**Цель:** проанализировать современные представления о роли сосудистого фактора в патогенезе развития рассеянного склероза.

**Материалы и методы:** Анализ современных литературных источников.

**Результаты:** Позитивный эффект современной вазоактивной терапии рассеянного склероза (РС) вызывает большой научный интерес, однако в настоящее время в литературе представлена разрозненная информация об участии сосудистого компонента в патогенезе РС. Проведенные клинические исследования эффективности вазоактивных и нейропротективных препаратов немногочисленны и требуют дальнейшего изучения.

В настоящий момент выделяют три основных направления изучения сосудистой патологии у пациентов с РС. Во-первых, согласно эпидемиологическим данным при РС отмечено повышение риска развития острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу. Во-вторых, нейровизуализационные исследования свидетельствуют о глобальной церебральной гипоперфузии, что является исходом повреждения ГЭБ. В-третьих, обсуждается хроническое нарушение венозного оттока, которое обозначается термином «хроническая цереброспинальная венозная недостаточность» (ХЦСВН, Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency).

Наиболее спорным патогенетическим фактором развития РС остается механизм повреждения ГЭБ, связанный с эндотелиальной дисфункцией и трансэндотелиальной миграцией активированных лейкоцитов с параллельным высвобождением воспалительных цитокинов/хемокинов, которые непосредственно воздействуют на эндотелиальную регуляцию компонентов ГЭБ. Активированные Т-клетки, макрофаги и микроглия продуцируют провоспалительные цитокины (ИФН- $\gamma$ , ФНО- $\alpha$ , лимфотоксин), что приводит к развитию воспалительной реакции. Нарастание уровня воспалительных медиаторов (цитокинов, активных форм кислорода, эйкозаноидов) приводит к повреждению ГЭБ и вторичному проникновению лимфоцитов в паренхиму мозга, что, вероятно, способно инициировать аутоиммунную атаку. О важности сосудисто-гемодинамического звена говорит и тот факт, что очаги демиелинизации часто начинаются вокруг мелких сосудов, чаще венул, при этом на эндотелиальных клетках выявляется повышенная экспрессия активационных маркеров, таких как HLA-DR молекулы, молекулы адгезии ICAM-1 и VCAM-1. Этот феномен считается ключевым для образования бляшки и находится под контролем ряда цитокинов.

**Выводы:** Исследования, посвященные изучению эндотелиальной дисфункции и церебральной перфузии у пациентов с РС представляют большой научный интерес. Изучение роли патологии эндотелия в патогенезе рассеянного склероза, является важным этапом в выявлении новых терапевтических мишеней (фармакотерапия веществами, снижающими проницаемость или уменьшающими экспрессию молекул адгезии, возможно, сосудистая и метаболическая терапия) и оптимизации разработки стратегий профилактики развития РС.

**Горелов Д.В.**

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

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неонатологии

Заведующий кафедрой: д.мед.н., проф. Колесников А.Н.

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Колесников А.Н.

## **РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**Цель исследования:** Центральное венозное давление (ЦВД) остается наиболее часто используемым показателем для определения реакции организма на внутривенную инфузию. Его использование подвержено критике во многих исследованиях, ссылаясь на то, что есть другие объективные показатели (конечный диастолический объем, ударный объем). Мы решили выяснить плюсы и минусы данного показателя и его место в современной интенсивной терапии.

**Материалы и методы:** Проведен анализ публикаций Daniel De Backer, «Dimension of the CVP for fluid management Bao L «Echocardiography with Elevated Central Venous Pressure Diagnosing Constrictive Pericarditis More Accurately Than Chest CT Scan»; Sakaguchi T. «Relationship of central venous pressure to body fluid volume status and its prognostic implication in patients with acute decompensated heart failure.»; Biais M «Clinical relevance of pulse pressure variations for predicting fluid responsiveness in mechanically ventilated intensive care unit patients: the grey zone approach»

**Результаты исследования:** Общеизвестно, что ЦВД определяет систолическую функцию правого желудочка, в меньшей мере - предварительную нагрузку на левый желудочек. На ЦВД влияют показатели внутригрудного и абдоминального давления, что говорит о том, что он не может отражать истинную нагрузку на правый желудочек, однако он является определяющим пределом к венозному возврату. Касаемо идеального значения ЦВД для увеличения ударного объема - согласно закону Франка-Старлинга, ударный объем увеличивается с ЦВД до тех пор, пока не будет достигнуто плато, однако ввиду индивидуальных особенностей каждого человека это не может быть применимо в рутинной практике. Изучение показателя ЦВД без учета других - непростительная ошибка, к примеру, увеличение ЦВД приводит к увеличению предварительной нагрузки во время введения жидкости, но реакция пациента на жидкость не известна до тех пор, пока не будут учтены изменения сердечного выброса. Следует отметить, что измерение конечного диастолического объема (КДО) равнозначно измерению ЦВД, т.к. первый показатель лучше коррелирует с крутой частью кривой Франка-Старлинга, и отражает реакцию организма на быстрое поступление жидкости в полости сердца, а ЦВД - с плато кривой Франка-Старлинга, отражая предел преднагрузки. Вместе с тем, повышенный уровень ЦВД - маркер тяжести нарушений функций сердечно - сосудистой и дыхательной системы, что доказывает ретроспективный анализ 564 случаев (исследования Biais M.), в которых значение ЦВД были на уровне большем или равном 200 мм.вод.ст, в итоге отмечалась более длительная находка больных на ИВЛ по сравнению с группой, в которой ЦВД был менее 200 мм.вод.ст; отсутствовала реакция организма на введение жидкости. Касаемо нижней границы ЦВД следует отметить, что, согласно кривой венозного возврата по Гайтону, ее значение лабильно и индивидуально - единственным ограничением является недопущение ее снижения ниже значения внутригрудного давления.

**Выводы:** значение ЦВД остается важным показателем в интенсивной терапии. Слепо отказываться от него не стоит, ввиду того, что метод прост в исполнении, а в комплексной оценке с другими показателями достоверно указывает на изменения в организме при интенсивной инфузионной терапии.

*Городник Г.А., Кузнецова И.В., Шано В.П., Кабанько Т.П., Тюменцева С.Г., Смирнова Н.Н., Билошанка В.А.*  
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

## **ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМ. М. ГОРЬКОГО**

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФИПО в течение 45 лет работы накопила большой опыт последипломной подготовки врачей анестезиологов-реаниматологов, врачей медицины неотложных состояний, а также врачей бригад военизированных горноспасательных частей и врачей смежных специальностей.

Научно обоснованы и разработаны стандарты обучения для всех уровней последипломного образования по специальностям «Анестезиология» и «Медицина неотложных состояний», подготовка которых проводится в соответствии с изменением парадигмы от «образование на всю жизнь» на «образование через всю жизнь».

Коллектив кафедры постоянно продолжает поиск новых эффективных методов непрерывного последипломного обучения. Так за последние 5 лет мы разработали тематику и рабочие программы обучения врачей-курсантов по 7-ми разделам: «Респираторная поддержка», «Интенсивная терапия и анестезия в акушерстве и гинекологии», «Регионарные методы анестезии», «Ошибки, осложнения и их профилактика в анестезиологии и интенсивной терапии», «Эфферентные методы в интенсивной терапии», «Токсикология», «Трансфузиология».

После окончания тематических курсов врач-специалист переходит к этапу непрерывного профессионального развития, для чего коллективом кафедры проводятся научно-практические конференции, семинары и мастер-классы. На кафедре созданы обучающие и контролируемые компьютерные программы (система ELEX), пакеты тестовых заданий по темам обучения, издаются учебные пособия.

Сотрудники кафедры являются соавторами учебника по анестезиологии и интенсивной терапии, авторами 15 монографий. В педагогическом процессе используются инновационные технологии, в частности, методика дистанционного обучения, представляющая собой интегрированную среду, с определением роли различных компонентов – методических, организационных, педагогических и технологических.

Коллектив кафедры сочетает применение инновационных технологий с развитием клинического мышления в подготовке специалистов анестезиологов-реаниматологов и врачей скорой медицинской помощи.

За последние 5 лет на кафедре подготовлено 108 врачей в интернатуре по специальности «Анестезиология и реаниматология», в ординатуре – 19 врачей, в аспирантуре – 2, на курсах повышения квалификации и курсах тематического усовершенствования обучено 1092 врача-курсанта.

В педагогический процесс активно внедряются результаты научных исследований, выполняемых сотрудниками кафедры в рамках кафедральных научных программ и диссертационных работ. К выполнению научных исследований привлекаются врачи-интерны, врачи-курсанты и врачи отделений анестезиологии и интенсивной терапии лечебных учреждений Донецкой Народной Республики. Молодые ученые докладывают результаты своих исследований на врачебных конференциях, публикуют материалы в журналах и сборниках.

*Гридасов В.А.<sup>1</sup>, Домашенко О.Н.<sup>1</sup>, Слюсарь Е.А.<sup>2</sup>,*

*<sup>1</sup>ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, <sup>2</sup>ЦГКБ № 1, Донецк*

### **КОКСАКИ-ИНФЕКЦИЯ У ВЗРОСЛЫХ**

Энтеровирусные (ЭВ) инфекции - группа антропонозных заболеваний, индуцированных энтеровирусами, обладающих крайне полиморфной клинической картиной, которая может включать различной степени выраженности проявления интоксикационного, гастроинтестинального, экзантематозного, менингеального, астено-вегетативного и других синдромов. В 2016 году Международный комитет по таксономии вирусов утвердил новую классификацию, согласно которой ЭВ относятся к порядку Picornavirales, семейству Picornaviridae, роду Enterovirus, включающего следующие 12 + 2 видов: Enterovirus A, B, C, D, E, F, G, H, J, Rhinovirus A, B, C. Коксаки-вирусы (CV) – это неинвазивные вирусы с линейной одноцепочечной РНК, разделенные на группы А и В. Установлено, что CV-A вызывают вялый паралич, который был обусловлен генерализованным миозитом, в то время как CV-B вызывают спастический паралич из-за дегенерации ткани нейронов. CV-A имеют тенденцию инфицировать кожу и слизистые оболочки, вызывая герпангину, острый геморрагический конъюнктивит (АНС) и болезнь рук, ног и рта (HFMD), а CV-B вызывают плевродинию, миокардит, перикардит и гепатит. Обе группы coxsackievirus могут вызывать неспецифические фебрильные заболевания, сыпь, заболевания верхних дыхательных путей и асептический менингит. Считается, что CV-инфекцией переболело более 95% людей в мире. Объясняется это исключительной вирулентностью вирусов. Как правило, заражение CV происходит в детстве. После перенесенной инфекции формируется стойкий иммунитет. Взрослые также могут заражаться CV, однако у них заболевание чаще протекает в латентной форме (более 85%), лишь у 15% имеют место манифестные формы. В летне-осенний период 2016-2017 г. г. в инфекционное отделение ЦГКБ № 1 были госпитализированы 8 пациентов CV-инфекцией с болезнью рук, ног и рта (HFMD) в возрасте 21-43 лет (6 мужчин, 2 женщины). Эпидемиологический анамнез выявил контакт с инфекционными больными у 2, питание вне дома – у 2, употребление предположительно неочищенной воды – у 3, некипяченого молока – у 1 пациента. В 87,5% случаев регистрировали среднетяжелое течение болезни, у 12,5% заболевание протекало в тяжелой форме. У 75,0% отмечалось острое начало заболевания с внезапным подъемом температуры тела до 38,3–39° С с ознобом и общей слабостью, головной болью, болью при движении глазных яблок (50,0%), ломотой в мышцах и суставах 25,0%). С первого дня болезни наблюдалось першение в гортани или боль при глотании. К концу первых суток, на 2-е сут-

ки на фоне сохраняющейся интоксикации присоединялся везикулярный стоматит. На гиперемизированном фоне слизистой ротоглотки выявлялись мелкие везикулы, имеющие тенденцию к слиянию и вскрытию с образованием эрозий. Одновременно на коже кистей и стоп появлялась пятнисто-везикулярная сыпь на фоне отека и гиперемии кожи. В 3-х случаях элементы экзантемы были наполнены геморрагическим содержимым, в 1-м – гнойным. У 4-х больных отмечена поверхностная лимфаденопатия, наибольшие размеры лимфоузлов (2,0-2,5 см) определялись в подчелюстной и шейной областях. У 6 больных выявлено увеличение печени, у 1- селезенки. У 5 пациентов наблюдалась кратковременная диарея энтеритного характера. Симптомы поражения нервной системы отсутствовали. В общем анализе крови у 25,0% больных отмечался умеренный лейкоцитоз, у 25,0% – палочкоядерный сдвиг, у 12,5% – увеличение процента сегментоядерных клеток, у 50,0% – ускорение СОЭ. В 25,0% случаев регистрировали незначительное повышение активности сывороточных ферментов (до 1,5-2 норм). Продолжительность лихорадки составила 5-7 дней, угасание сыпи наблюдалось через 3-6 дней с момента появления. Сыпь на коже регрессировала с образованием корочек и последующим пластинчатым шелушением. Течение заболевания у всех больных было неосложненным. Специфической терапии CV-инфекции не существует. Лечение больных проводилось комплексно, назначали инфузионные растворы, аскорбиновую кислоту, индукторы интерферона, десенсибилизирующие препараты, оральные антисептики, лизаты.

**Гридасова Е.И., Гончаров В.В.**  
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

### **ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ СОЗДАНИЯ УНИВЕРСИТЕТСКОГО КОМПЛЕКСА КАК СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЫ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ В РЕГИОНАХ**

**Актуальность.** Создание университетского комплекса (УК) – высокоприоритетная задача, обусловленная необходимостью интеграции и унификации элементов образовательной системы для формирования компетенций, обусловленных требованиями современного социально-экономического сектора.

**Результаты.** Структура УК может включать учебные и научно-исследовательские институты, колледжи, лицеи, филиалы, расположенные в одном регионе. Соответственно, формирование УК целесообразно на базе наиболее крупного в регионе высшего учебного заведения (ВУЗ) по специальности. Главным механизмом создания УК является поэтапное присоединение к ВУЗу образовательных учреждений (ОУ) начального и среднего профессионального образования. Основным критерием, предъявляемым к ОУ, в контексте интеграции в УК является соответствие направлений профессиональной подготовки учреждений специальностям и кафедрам ВУЗа. Таким образом, обеспечивается дальнейшая унификация профессиональных образовательных программ всех уровней и непрерывная подготовка специалистов и рабочих кадров гуманитарной и технической направленности в рамках устойчиво функционирующей единой системы образования. Взаимодействие с профильными учреждениями и организациями региона позволит УК провести коррекцию формирования компетенций у выпускников с учетом каждого уровня профессионального образования. Следует обратить внимание, что только в УК, где присутствуют все уровни образования, содержание компетенций выпускника отражает предшествующий профессионально-образовательный опыт обучаемого.

**Выводы.** Цель образовательных систем состоит в адаптации образовательной деятельности к социально-экономическому кластеру региона и системном обеспечении кадрами разного уровня профессионального образования и квалификации. Учитывая единую многоуровневую систему профессионально-образовательной подготовки, наиболее оптимальным способом достижения данной цели, является создание УК.

**Гринцов А.Г., Куницкий Ю.Л., Антонюк С.М., Христуленко А.А., Кучеренко Е.А., Куницкая Е.В.**  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г.Донецк

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА**

Проведен анализ результатов хирургического лечения 79 больных с ОСНК. Мужчин было 35(48,6%), женщин-44(51,4%). В возрасте до 50 лет был 1 больной, старше 50 - 73. В сроки 6-12 часов от начала заболевания госпитализированы 6 больных, 12-24 ч.-3, 24-36ч.-53, 36-48 ч.-12, свыше 48 часов-5. На догоспитальном этапе правильный диагноз установлен у 10,1% больных, при госпитализации дежурными хирургами у 50(63,3%).

Наиболее характерными признаками ОСНК были выраженная боль в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов, режущий жидкий стул, иногда с примесью крови. Живот, как правило, был равномерно вздут, при пальпации мягкий, значительно болезненный без определенных границ зоны болезненности. Напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины выявлялись обычно на 2-3 сутки заболевания. Существенное значение имело повышение активности диастазы мочи и А-амилазы крови, выявленные у 11 из 17 больных.

Основным методом, позволяющим верифицировать диагноз у большинства считаем лапароскопию. Если состояние больного не позволяет его осуществить, выполняли лапароцентез. Лапароскопия выполнена у 38 больных. В большинстве наблюдений лапароскопическая картина была характерной: выявляли геморрагический выпот и изменения кишечника, характерные для различных стадий инфаркта (окраска участков от синюшно-багровой до черной с зеленым оттенком); местами наблюдали начальную стадию ишемии кишки (участки бледно-розовой окраски с усиленной, сегментирующей перистальтикой).

Во время лапароскопии не всегда удается установить распространенность поражения кишечника. У больных старческого возраста, находящихся в тяжелом состоянии, обусловленном перитонитом даже при отсутствии данных об обширности инфаркта кишки операцию считали не показанной. При отсутствии перитонита

и наличии изменений отдельных участков кишечника лапаротомию считали необходимой. Если у больных при лапароскопии наблюдали начальные признаки ОШН (стадия спазма и ишемии) в целях предупреждения диагностических ошибок и неоправданной потери времени для установления окончательного диагноза применяли продленную лапароскопию (оставление гильзы троакара в брюшной полости на 1-2 суток с выполнением повторных исследований в динамике). Метод применен у 2 больных, диагноз ОШН подтвержден. Лапароцентез выполнен у 6 больных доставленных в крайне тяжелом состоянии. Из брюшной полости получен геморрагический зловонный мутный, геморрагический выпот. При микроскопии у всех больных получен ответ: лейкоциты – все поле зрения. У этих больных диагноз основывался на данных анамнеза, выявленных признаков заболевания, характере выпота из брюшной полости, свидетельствующем о некрозе кишечника и перитоните.

Из 79 больных оперированы 31. Радикальная операция (субтотальная резекция тонкой кишки, левосторонняя гемиколэктомия) выполнена у 7 больных. Остальные больные умерли от перитонита. У 7 больных с ОШН выполнена субтотальная резекция тонкой кишки с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза «бок в бок». Возраст больных вариировал от 57 до 86 ( $71,5 \pm 9,8$ ) лет. Давность заболевания не превышала 8 часов. Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением раны.

Таким образом, особенностью радикальных операций с благоприятным исходом является тот факт, что давность заболевания не превышала 8 часов, и временной фактор являлся ведущим в определении прогноза хирургического лечения данной категории больных.

*А.Г.Гринцов, А.А.Христуленко, Ю.Л.Куницкий, Т.Г.Кирьякулова.*

Кафедра хирургии ФИПО ГОО ВПО ДонНМУ им. М.Горького

Зав. кафедрой проф. А.Г.Гринцов

### **ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ХИРУРГИИ СТУДЕНТАМ-СТОМАТОЛОГАМ**

В течение 12 лет в процессе преподавания хирургии будущим стоматологам на кафедре ГОО ВПО Донецкого национального медицинского университета успешно используется компьютерный класс.

За это время обратили на себя внимание преимущества и недостатки применения информационных и коммуникационных технологий обучения. Наиболее распространенное использование компьютера в обучении сегодня – проведение тестовой оценки знаний, полученных студентами как средство текущего и итогового контроля – зачетов и экзаменов. Это значительно оптимизирует методику проведения такого контроля и обработки полученных результатов, позволяет исключить субъективность оценки знаний студента преподавателем. На кафедре создана база тестовых заданий на русском и английском языках.

В условиях общехирургического отделения, где далеко не всегда находятся на лечении пациенты с изучаемой на занятии патологией, (учитывая одновременное преподавание студентам различных курсов с различной тематикой) затруднительно представить больных по теме данного занятия. В связи с развитием различных направлений диагностических и лечебных манипуляций, а также интерес студентов к данным методикам, невозможно представить современное обучение медицине без демонстрации предварительно записанных видеосфрагментов, звуковых файлов, позволяющих ощутить особенности данных манипуляций.

Использование различных видов представления информации (графической, видео, аудио, цветовых акцентов и т.д.), обучающих тестовых ситуационных задач, для проверки правильности решения которых не нужно листать учебник, предоставление обучаемому «учебных» проблем, приближенных к реальной клинической ситуации повышает интерес студента к получению информации.

Использование информационных ресурсов, опубликованных в сети Интернет, часто приводит к отрицательным последствиям. У обучаемого срабатывает свойственный всему живому принцип экономии сил: заимствованные из сети Интернет готовые проекты, рефераты, доклады и решения задач стали сегодня уже привычным фактом, не способствующим повышению эффективности обучения и воспитания.

Студент не имеет достаточной практики диалогического общения, формирования и формулирования мысли на профессиональном языке. Без развитой практики диалогического общения, как показывают психологические исследования, не формируется и монологическое общение с самим собой, то, что называют самостоятельным мышлением. Если пойти по пути всеобщей индивидуализации обучения с помощью персональных компьютеров, можно прийти к тому, что мы упустим саму возможность формирования творческого мышления, которое по самому своему происхождению основано на диалоге.

Даже активный студент надолго замолкает при работе со средствами информационных и коммуникационных технологий. Особенно неблагоприятно, когда в течение всего времени обучения студент занимается, в основном, тем, что молча потребляет информацию. Исходя из изложенного, наиболее эффективным в обучении сегодня является комбинация различных методов, включающих классические педагогические и информационные коммуникационные технологии.

Использование информационных технологий в высшей школе повышает активность студентов, их мотивацию к обучению, положительно влияет на качество и выживаемость знаний. Однако, применение компьютерных технологий в обучении должно учитывать особенности психологии преподавателей и студентов.

*А.Г.Гринцов, А.А.Христуленко, Ю.Л.Куницкий, Т.Г.Кирьякулова.*  
Кафедра хирургии ФИПО ГОО ВПО ДонНМУ им. М.Горького  
Зав. кафедрой проф. А.Г.Гринцов

### **ЭКЗАМЕН ДЛЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ**

Обучение специалистов - медиков традиционно осуществляется как формирование знаний, умений и навыков в области медицинских знаний, и их реализация в процессе врачевания. Механизм контроля является органической частью учебного процесса, и ее функции выходят далеко за пределы собственно оценки. Наряду с контролирующей, он выполняет обучающую, диагностическую, воспитывающую, развивающую, прогностическую и ориентирующую функции и должен представлять собой индивидуальное (преподаватель – студент) блиц-собеседование по всему материалу изученного курса в виде коротких вопросов и ответов, которые должны быть направлены не только на воспроизведение некой информации, но и на выявление уровня ее понимания, способности в ней самостоятельно ориентироваться и применять на практике.

Проведение устного экзамена развивает у студента навыки действовать в стрессовой и критической ситуации, что является одной из общих компетенций студента.

Во времена Советского Союза студенты активно контактировали с пациентами, получая необходимый опыт. Тогда поддерживался высокий авторитет врача, который в последующем был подорван часто беспричинной критикой в средствах массовой информации. Это привело пациентов к недоверию и необходимости различного рода письменных договоров, разрешений на обследование, лечение, и, как следствие, на общение со студентами. Потраченное на обучение время далеко не всегда прямо пропорционально уровню полученных знаний. Сдача итогового модульного контроля сразу после окончания цикла не оставляет времени на систематизацию знаний по дисциплине. Программа мобильности требует значительных материальных затрат студента и зачастую выражается в эмиграции наиболее подготовленной группы молодых специалистов.

На кафедре хирургии ФИПО экзамен - это оценка уровня знаний, а также уровня овладения умениями и навыками.

Знания проверяются в процессе стандартизованного тестового контроля с использованием компьютерной системы и тестов формата А, оценивающих достижение студентом целей обучения.

Сотрудники кафедры, в соответствии с целями дисциплины и учебными планами, определили типовые задачи деятельности и умений, которые проверяются и оцениваются. А именно:

определение основных симптомов и синдромов (на основе опроса и объективного обследования), определение предварительного диагноза;

определение плана дополнительных методов обследования и оценивания результатов;

определение тактики ведения больного, вопросов профилактики;

диагностика и лечение неотложных состояний.

Таким образом, применяемая система подготовки студентов к занятиям, итоговому модульному контролю и к экзамену на кафедре хирургии ФИПО ГОО ВПО ДонНМУ им. М.Горького является системой повторения, конструктивной обратной связи, отработки практических навыков, позволяющей повысить выживаемость знаний по хирургии у студентов.

### *Грядущая В.В., Арефьев В.В.*

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

### **VAC- ТЕРАПИЯ – МЕТОД ПОДГОТОВКИ РАН К ИХ ПЛАСТИЧЕСКОМУ ЗАКРЫТИЮ.**

Метод лечения отрицательным давлением, или VAC (англ. Vacuum Assisted Closure), используются в терапии как хронических, так и острых ран. Данные системы позволяют создать прерывистое или постоянное отрицательное давление в ране. Вакуум – терапия улучшает течение всех стадий раневого процесса: уменьшает локальный отек, как результат способствует усилению местного кровообращения; снижает уровень микробной обсемененности раны; вызывает деформацию раневого ложа и уменьшение раневой полости, приводя к ускорению заживления раны. Также вакуум-терапия снижает выраженность раневой экссудации, способствуя поддержанию влажной раневой среды, необходимой для нормального заживления раны.

Показаниями для наложения VAC-повязок являлись осложненные послеоперационные раны, травматические раны, осложненные трофические язвы. Особенности методики наложения повязки, ее распространенности, погруженности определяются типом и формой раны, ее глубиной. Контуры накладываемой полиуретановой губки формируются стерильными ножницами непосредственно перед наложением таким образом, чтобы она точно подходила по форме к ране, на 7-10 дней, с наиболее оптимальным отрицательным давлением -125мм.рт.ст.

Проанализированы результаты обследования и лечения 15 больных с различными видами длительно незаживающих ран. У 52% больных раневой процесс протекал на фоне хронической венозной недостаточности, у 34% на фоне сахарного диабета, (у трех из них в сочетании с облитерирующим атеросклерозом), у 14% - обширные посттравматические дефекты. Мужчин 83%, женщин 17%. Возраст больных от 21 до 78 лет. Одновременно с патогенетическим лечением основного заболевания, некрэктомией и вскрытием затеков, начато вакуум- дренирование раны однократно или несколько раз в непрерывном режиме с давлением -125мм.рт.ст в течении 7-10 дней. Вакуум создавали с помощью аппарата Acti V.A.C. фирмы KCI. Разрыв между повторными сеансами обычно не допускался.

Критериями для прекращения проведения VAC сеансов были следующие: уменьшение перифокального

отека; снижение объема отделяемого из раны (приблизительно на 70-80% от исходного); образование розовых «сочных» грануляций; улучшение показателей клинического анализа крови (признаков воспаления) Средние сроки лечения составили – 38,8 койко/день

Таким образом, применение непрерывной вакуум-терапии при лечении длительно незаживающих ран позволило сократить сроки подготовки раны к пластическому закрытию, и как следствие сократить количество операций. Из 15 пациентов, 10 больным с атеросклерозом и сахарным диабетом в других лечебных учреждениях ДНР была предложена ампутация нижних конечностей, VAC – терапия, как альтернативный метод лечения позволил нам закрыть раны и сохранить конечности. 4 пациентам с посттравматическими дефектами после предварительной подготовки удалось закрыть раны в результате проведенной аутодермотрансплантации, в удовлетворительном состоянии выписать из отделения. У одного пациента на фоне остеомиелита большеберцовой кости удалось добиться вялого роста грануляций из остеотрепанационного отверстия, однако добиться приживления аутодермотрансплантата не удалось. Постоянная длительная вакуум-терапия не вызывала болезненных ощущений в ране или каких либо других осложнений, что позволяет рекомендовать этот метод для более широкого применения.

*Губанова О.И., Долгополов А.М., Демченко С.С., Демченко Е.В.*  
ГОУ ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.ГОРЬКОГО»

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РЕТЕНЦИИ КЛЫКОВ**

Одной из значимых и сложных проблем для ортодонта является диагностика и лечение ретенции зубов, особенно клыков верхней челюсти, частота встречаемости которой составляет 51,1% среди ретенированных комплекстных зубов (Г.В. Степанов 2006). По данным различных авторов частота встречаемости ретенции клыков на верхней челюсти составляет от 0,9 до 2,2%, причем из них 85% случаев составляют небно ретенированные клыки на верхней челюсти (D'Amico, Bjerkin, 2003). Аппаратурно-хирургическое выведение клыков в последнем случае представляется более сложным из-за близкого расположения корней соседних зубов, значительной толщины костной ткани над ними, выраженного угла наклона относительно оси прорезывания, наличия крючковидных изгибов корней (Губанова О.И., Губанова Д.В., 2012). Развитие и внедрение конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), позволило получить новые данные об особенностях топографии и состоянии прилежащих анатомических структур, которые не визуализировались с помощью традиционных двухмерных методов (Корбандо Ж.-М., 2009; Jung Y.H., 2012). Однако, в особо сложных случаях, для выбора тактики лечения, по нашему мнению требуется дополнительная визуализация с помощью создания CAD-моделей по данным КЛКТ с последующим созданием макетов (физических копий) с помощью 3D печати.

Цель исследования. Оптимизация диагностики, планирования и тактики лечения ретенции клыков при глубоком небном и прикорневом расположении с использованием CAD/CAM технологий, собственного диагностического алгоритма и аппаратов, определения скорости и коррекции пути внутрикостного перемещения в процессе лечения.

Объект и методы исследования. Объектом нашего исследования явились 16 пациентов с одно- и двухсторонней ретенцией клыков верхней челюсти при их глубоком небном и прикорневом расположении в возрасте от 16 до 27 лет. У 3-х пациентов имела место двухсторонняя ретенция клыков, у 13-ти – односторонняя. Пациентам проводился комплекс фото- и антропометрических измерений лица и челюстей, рентгенологических методов (профильная телерентгенография, КЛКТ). У 4 пациентов потребовалось создание макетов с помощью 3D принтера. КЛКТ для контроля перемещения выполнялись через 6 и 12 месяцев после начала лечения и в конце лечения. Годовая эффективная доза не превышала 1 мЗв, что соответствовало нормам НРБУ-97/Д-2000. Лечение проводилось с помощью несъемной техники и аппаратов собственной конструкции и включало этапы: создания места (преимущественно без удаления комплекстных зубов), хирургического раскрытия и последующего ортодонтического вытяжения, направление которого определялось по данным КЛКТ, на основании анализа CAD-моделей и физических копий. При наличии контакта клыка с корнями резцов, вытяжение проводилось в два этапа – сначала дистально для отведения клыка и предупреждения усугубления резорбции и деминерализации корней, а затем в направлении локализации в зубном ряду.

Полученные данные статистически обрабатывались в программном пакете MedStat.

Результаты исследований. В условиях глубокого небного расположения ретенированных клыков в 87 % случаев в начале лечения наблюдались осложнения, обусловленные наличием ретенции, что позволило четко представить и контролировать начальную ситуацию для предупреждения ее прогрессирования. В 3-х случаях, на основании анализа распечатанных макетов, аппаратурно-хирургическое лечение было признано невозможным.

Выводы. Глубокое внутрикостное залегание ретенированных зубов требует тщательного планирования лечения с учетом близости и особенностей строения прилежащих анатомических образований. Инновационные методы диагностики позволяют получить объективную информацию, позволяющую выбрать тактику лечения, избежать осложнений, получить прогнозируемый результат лечения.

*Гуренко А.А., Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Колесникова В.В.*

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

### **К ВОПРОСАМ ПРОБЛЕМАМ ПРЕМЕДИКАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

В результате активного поиска эффективных методов лечения больных с хирургической патологией произошло внедрение в современную практику эндоскопических методик и появление новых концепций - фаст трек (fasttrack) хирургии. Данная концепция в первую очередь направлена на раннюю реабилитацию больного после оперативных вмешательств, но вместе с тем предъявляет ряд требований к оказываемому анестезиологическому пособию. Так, одним из которых является безопасная, а главное эффективная премедикация, варьируемая по времени и без ощутимых побочных эффектов в последующем послеоперационном периоде. С целью реализации заявленных требований, обращают на себя внимание современные высокоселективные агонисты  $\alpha$ -2-адренорецепторов, которые отвечают заявленным требованиям. Так, они способны обеспечить на этапе премедикации эффектанксиолиза, повышение толерантности к боли и как следствие этого снижение негативной реакции на хирургический стресс [Куликов А.С. и др.]. Помимо этого, применение препаратов в составе премедикации в низких дозировках, сопряжено с минимальными рисками развития гипотензии, брадикардии и даёт достоверную возможность во время оперативного вмешательства потенцировать эффект от применяемых анальгетиков и наркотических анальгетиков, сокращая их объем без ущерба качеству анестезии [Волков П.А. и др.]. Кроме того, применение препарата во время оперативного вмешательства, коррелирует со стабилизацией гемодинамики у больного оптимизирует контроль за интраоперационной кровопотерей [Айварджи А.А. и др.]. Таким образом, с целью улучшения качества оказываемого анестезиологического пособия и, благодаря своей высокой эффективности, возможно рассмотрение высоко селективных агонистов альфа2-адренорецепторов - как одного из компонентов премедикации во время выполнения оперативных вмешательств в рамках fast-track хирургии.

*Гуренко А.А., Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Колесникова В.В.*

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

### **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОСТРОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ И НОВЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ИЗВЕСТНОЙ ПРОБЛЕМЫ**

Проблемы обезболивания, особенно вопросы, касающиеся острой послеоперационной (п/о) боли, известны давно и стоят у истоков появления хирургии. Сложно недооценить роль боли в адаптационных механизмах человека, однако, наряду с этим она оказывает негативное влияние на функциональное и психологическое состояние человека. При наличии болевого синдрома ухудшается течение п/о периода, дальнейшая реабилитация и комплаенс пациента к лечению, пролонгируется время и затраты на пребывание в стационаре, а также достоверно повышаются риски летальных исходов [A.Rodgers, atall.]. Таким образом, существует необходимость в качественном обезболивании как во время самого оперативного вмешательства, так и в раннем п/о периоде. С целью решения поставленных вопросов, рассматривается методика применения терапевтических трансдермальных систем (ТТС), содержащих наркотические анальгетики для лечения острых п/о болей. Отличительной особенностью в использовании данной методики является реализация принципов упреждающей анальгезии, когда благодаря учёту фармакодинамики и способу введения препарата - при аппликации пластыря с фентанилом, в фиксированной дозировке (25, 50, 75, 100 мкг в час) на чистый участок кожи за 12-24 часа накануне планового оперативного вмешательства, происходит постепенное, а главное, безпиковое высвобождение препарата, что в свою очередь отмечается минимальной частотой и выраженностью побочных эффектов [Эпштейн С.Л. и др.]. Так, создавая постоянную концентрацию препарата и поддерживая её в последующие 72 часа после аппликации, заявленный способ позволяет сократить применение других анальгетиков, в том числе и наркотических как во время самого оперативного вмешательства, так и в раннем п/о периоде [Имаев А.А. и др.], а также предотвращает внезапную отмену сильного наркотического анальгетика по окончании оперативного вмешательства при транспортировке больного. Заявленный метод позволяет рассматривать ТТС в концепциях и схемах мульти-модальной анальгезии в комбинациях с другими анальгетиками, повышая общее качество обезболивания в раннем п/о периоде. Простота и удобство применения ТТС призваны повысить общий комфорт и приверженность к лечению у пациентов, а также следует отметить, что уменьшение количества инъекций приведет к разгрузке рабочего времени медицинского персонала. Исходя из этого, с целью повышения качества послеоперационного обезболивания в современной анестезиологической практике, при плановых оперативных вмешательствах фармакодинамически и патогенетически обусловлено использование ТТС содержащих наркотические анальгетики периоперационно в рамках премедикации путём реализации современных принципов упреждающей анальгезии, с последующим их включением в мультимодальные схемы послеоперационного обезболивания.

*Гуренко А.А., Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Колесникова В.В.*

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

### **ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫХ АГОНИСТОВ АЛЬФА2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ В КАЧЕСТВЕ АДЪЮВАНТОВ ПРИ НЕЙРОАКСИАЛЬНЫХ МЕТОДИКАХ**

Анальгезия как компонент анестезиологического пособия играет ключевую роль в защите пациента от операционного стресса. Так, неадекватное интраоперационное обезболивание является одной из ведущих

причин послеоперационной летальности [Rodgers at all 2000]. В связи с этим всё чаще методом выбора являются нейроаксиальные методики, которые обеспечивают высокую степень антиноцицептивной защиты, напрямую влияя на передачу ноцицептивной импульсации и обрывая её на спинальном уровне. К сожалению, использование данных методик сопряжено с рисками возникновения ряда нежелательных эффектов. Одним из наиболее часто встречаемых является артериальная гипотензия, которая в свою очередь обусловлена применением местных анестетиков (МА). Однако, устранения данного эффекта и снижения общей токсичности можно добиться путём уменьшения дозы применяемых МА [Dyer R.A. at all 2004; Roofthoost E. at all 2008] и добавлением к ним адьювантов. Применение дексмететомидина в практической анестезиологии связано с его широким фармакодинамическим профилем и ассоциируется с такими положительными эффектами как симпатолитическая и анксиолитическая активность, стабилизация гемодинамики, а также низкая частота и выраженность побочных эффектов. Однако, появляются новые сведения об его эффективности в качестве адьюванта при регионарных методиках. Так, многими авторами рекомендуется применение дексмететомидина интратекально при нейроаксиальных блокадах, обосновывая это тем, что дексмететомидин может продлить продолжительность спинальной анестезии (СА) без каких-либо дополнительных побочных эффектов [Mohamed S.A. at all 2014; Tanaka at all 2009], снижая дозу местных анестетиков, необходимую для достижения эффективной анальгезии [Feng Xia at all 2018]. Благодаря этому уменьшается системная токсичность МА, снижаются риски высокого моторного блока, а также выраженность гипотонии. Кроме того, доклинические исследования показали, что дексмететомидин не оказывает нейротоксического эффекта даже при высоких дозировках [Brummett C.M., Padda A.K. 2009], что позволяет безопасно применять его при регионарных методах. При сравнении с наркотическими анальгетиками, применяемыми в качестве адьювантов при СА, дексмететомидин, имел более низкую встречаемость побочных эффектов в виде гипотонии и брадикардии. Вместе с тем, оказывая более эффективную анальгезию в послеоперационном периоде с отсутствием побочных эффектов, присущих наркотическим анальгетикам применяемым интратекально [Shujun Sun at all 2017]. Исходя из этого, снижая дозу и системную токсичность местных анестетиков, повышая продолжительность и качество обезболивания, в том числе и послеоперационного, а также имея при этом меньшую частоту и выраженность побочных эффектов, дексмететомидин показывает себя как эффективный и безопасный адьювант применяемый при нейроаксиальных блокадах.

*Данилов Ю.В., Бондаренко Г.А., Шевченко Т.И., Мотков К.В.*

ГОО ВПО Кафедра профессиональных болезней и радиационной медицины, кафедра патоморфологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.  
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК СПОСОБА РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ В МЕДИЦИНЕ ТРУДА**

В данной работе проанализированы результаты комплексного морфологического исследования органов половой системы (семенников и предстательной железы) у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции, которые до или после участия в ликвидационных работах подвергались воздействию неблагоприятных производственных факторов горнорудной промышленности, а именно пыли, тяжелого физического труда, вибрации, шума, ионизирующей радиации и других. Выбор этих органов обусловлен первичным развитием в них сосудисто-стромальных дистрофических процессов при развитии множественной полиорганной патологии, которая свойственна чернобыльцам. При изучении количественных показателей состояния стромы, сосудов и паренхимы органов половой системы были отработаны схемы использования взаимоотношения этих параметров для выявления основных звеньев патогенеза развивающихся нарушений от минимальных в функциональном проявлении до стойких органических. На основе анализа наиболее информативных показателей разработана математическая модель состояния семенников и предстательной железы при воздействии ионизирующей радиации и вредных факторов производства. Эти критерии могут быть использованы в качестве диагностических не только при оценке факторов производства, но и любых других техногенных и природных авариях, в том числе военных ситуаций, которая в настоящее время имеется в Донецкой Народной Республике. Сам принцип математического моделирования патологических состояний может быть использован в качестве основы разработки параметров оценки влияния радиации и других вредных внешних факторов в динамике последующих поколений, поскольку удельный вес выявляемых нарушений в предыдущих поколениях к последующим будет увеличиваться.

*Дмитриенко В.В.*

Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР, г. Донецк

### **МЕСТО БЛОКАТОРОВ РААС В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ**

Сочетание АГ и ХОБЛ является причиной высокого уровня инвалидности и смертности за счёт взаимного влияния коморбидных заболеваний. В европейских рекомендациях по лечению АГ не рассматриваются особенности этого процесса при сопутствующем ХОБЛ, хотя АГ диагностируют у 49,6–63,4% среди этих пациентов. Разработаны рекомендации по диагностике и лечению пациентов с АГ при ХОБЛ [Чазова И. Е. и др., 2013], согласно которым выбор антигипертензивной терапии осуществляется с учётом патогенеза АГ, в котором важное место занимает дисбаланс в ренин-ангиотензин-альдостероновой системе (РААС). Блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА) и ИАПФ способны влиять на бронхообструкцию, снижая уровень ангиотензина II, улучшать

альвеолярный газообмен, уменьшать легочное воспаление и вазоконстрикцию, снижать давление в легочных сосудах. Доказано не только положительное влияние ИАПФ и БРА на кардиальные конечные точки, но и способность снижать риск обострения ХОБЛ, госпитализации и респираторной смертности. Препараты БРА (лозартан, телмисартан и др.) в отличие от ИАПФ не вызывают кашель и способны предотвращать повреждение легких, вызванное сигаретным дымом. Антигипертензивный эффект и влияние на функцию внешнего дыхания препарата ИАПФ лизиноприла у пациентов с АГ 1–2 степени с диагнозом ХОБЛ в сравнении с эналаприлом сопоставимы, но эналаприл чаще вызывает гипотензию, кашель и бронхообструкцию. Таким образом, блокаторы РААС обеспечивают контроль АД и органопroteкцию, оказывают бронхолитическое действие без отрицательного влияния на препараты для лечения ХОБЛ, не ухудшая вентиляцию легких, и показали эффективность лечения АГ при ХОЗЛ.

*Гринцова А.А., Ладария Е.Г.*

Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР, г.Донецк

### **ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ**

Согласно данным исследований, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является одной из основных причин временной нетрудоспособности среди больных с хроническими заболеваниями органов дыхания. Кислородотерапия у пациентов с ХОЗЛ уменьшает затраты энергии на дыхание и минутную вентиляцию – механизм, который помогает уменьшить ощущение одышки. Гипербарическая оксигенация (ГБО) как метод антигипоксической терапии способствует не только ликвидации гипоксической, циркуляторной и тканевой гипоксии, но и обладает выраженными адаптогенными и биомодулирующими эффектами.

Обследование и лечение получили 120 пациентов с ХОЗЛ 2-й и 3-й стадиями заболевания, 80 из которых составили основную группу, лечение их было дополнено сеансами ГБО. Курс ГБО составил 10 сеансов, величина избыточного давления – 0,2 – 0,5 ати. Оценивались: степень бронхообструкции (ОФВ<sub>1</sub>), диспноэ по шкале MRC, толерантность к физической нагрузке (6-минутная шаговая проба), качество жизни с помощью опросника SGRQ. Проведенный анализ шкал специфического вопросника SGRQ выявил в 97 % изменения по шкале «симптомы», в 95 % изменения по шкалам «активность» и «влияние», максимальное количество баллов зафиксировано по шкалам «активность» - 77,9±4,8 и «суммарный балл» - 77,1±3,5, что свидетельствовало, в большей степени, о снижении физической активности и невозможности выполнения привычных нагрузок. Параметры функции внешнего дыхания исходно в обеих группах не отличались и характеризовались уменьшением как объемных, так и скоростных показателей. Степень бронхообструкции соответствовала стадии заболевания ХОЗЛ. До лечения с помощью 6-минутной шаговой пробы выявлена достоверно низкая толерантность к физической нагрузке в обеих исследуемых группах на разных стадиях заболевания и составляла 60,4±2,4 % и 63,6±1,8 % от нормативных значений соответственно.

При изучении качества жизни по вопроснику SGRQ после проведенного лечения выявлено улучшение субъективной оценки своего здоровья пациентами основной группы, что проявлялось в клинически значимом (> 4 баллов) снижении оценок по шкалам вопросника: по шкале «симптомы» - с 68,5±4,1 до 60,3±4,9 (p<0,05), по шкале «активность» - с 77,9±4,8 до 60,7±5,9 (p<0,05), по шкале «влияние» - с 67,8±3,9 до 54,6±4,3 (p<0,05), итоговой оценки - с 77,1±3,5 до 57,9±3,9 (p<0,05). Субъективное улучшение физической активности сопровождалось улучшением объективных показателей. Так наблюдалось достоверное снижение степени бронхообструкции у пациентов основной группы по сравнению с группой сравнения у пациентов с ХОЗЛ 2-й и 3-й стадий соответственно: ОФВ<sub>1</sub> с 60,6±1,38 % до 72,57±1,82% и с 35,43±1,41 % до 45,79±1,61 % (p<0,05), улучшение переносимости физической нагрузки: с 275,41±7,76 м до 326,03±11,07 м и с 282,09±10,43 м до 324,06±10,63 м (p<0,05). Отмечено уменьшение степени тяжести диспноэ: у пациентов с ХОЗЛ 2-й стадии тяжелая одышка уменьшилась у пациентов с 33,3±7,5 % до 5,1±3,5 %, у пациентов с ХОЗЛ 3-й стадии – с 66,7±8,6 % до 13,3±6,2 % (p<0,05).

Таким образом, включение курса гипербарической оксигенации в комплексную терапию пациентов с ХОЗЛ улучшает субъективную оценку пациентами своего здоровья, способствует уменьшению выраженности дыхательной недостаточности, повышает переносимость физической нагрузки и, как следствие, улучшает качество жизни данных пациентов.

*Данилов Ю.В., Бондаренко Г.А., Шевченко Т.И., Денисенко А.Ф., Тищенко А.В., Ермаченко Т.П.*

Кафедра профессиональных болезней и радиационной медицины, кафедра патоморфологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

### **СОЦИАЛЬНЫЕ И ИДЕОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Война на юго-востоке Украины, развязанная группой «идеологических самозванцев», проповедывавших свободу украинскому народу от всего советского и российского при руководстве спецслужб США, привела к длительному и с позиций этих спецслужб устойчивому разрушению основ существования государственности на этих территориях. Прекращение финансирования всех отраслей промышленности в Донецкой и Луганской областях ставило своей целью полную дестабилизацию социальных и экономических программ, в том числе развития медицины. Однако, провозглашение создания Донецкой и Луганской Народных Республик ставило своей задачей недопустить разрушение достигнутых ранее успехов в развитии здравоохранения и разработку программ социальной поддержки органам здравоохранения на всех уровнях, от сельских амбулаторий и участ-

ков до республиканских больниц. Были разрушены некоторые больницы, уничтожено или предварительно вывезено медицинское и научное оборудование, резко ограничен доступ для обследования и лечения больным с подконтрольной Украине территории. Тем не менее, навязывание мнения на «украинской» стороне о полной утрате качественных и количественных профессиональных возможностей работников здравоохранения в ДНР и ЛНР не только не оттолкнули пациентов от больниц Донецка и других городов самопровозглашенных республик, но и в ряде случаев усилили желания вышеуказанной группы лиц проходить обследования и принимать лечебные процедуры именно в органах здравоохранения наших городов. После резкого снижения финансирования медицины на территории Украины, эти желания стали ещё более ощутимы. Существенным положительным идеологическим аспектом оказания медицинской помощи населению служат программы финансирования медобслуживания населения «украинских территорий» при лечении их в больницах ДНР и ЛНР, а также гуманитарная медицинская помощь со стороны Российской Федерации. Становление здравоохранения в наших республиках происходит в очень тяжелых экономических условиях и остаётся на уровне мечтаний о советской медицине. Поэтому идеологическое обеспечение данных процессов является одной из главных задач не только здравоохранения, но и всей экономики в целом.

*Ермаченко Т.П., Данилов Ю.В., Бондаренко Г.А., Денисенко А.Ф., Тищенко А.В., Боева И.А.*  
Кафедра профессиональных болезней и радиационной медицины, кафедра патоморфологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

### **ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Постоянное развитие высшей школы способствует внедрению новых методов обучения: это и проблемное обучение, и деловые игры, и дискуссии, и преподавание вопросов методологии в дисциплинах, связанных с формированием научного кругозора и многие другие. Однако все эти методы имеют один недостаток – все они используют искусственно созданные ситуации, которые ограничено отражают объективную реальность.

В связи с этим одной из задач, стоящих перед преподавателями кафедры профессиональных болезней, является формирование у студентов системы современных профессиональных знаний, научного подхода и развития творческих способностей, которые позволили бы им принимать участие в решении современных проблем нашего региона, связанных с краевой профессиональной патологией.

Одним из важных способов развития аналитического и творческого мышления студентов является использование элементов активного обучения, допускающим последовательно ставить перед студентами задачи, которые они под руководством преподавателя решают и при этом активно усваивают новые знания.

Примером активизации учебного процесса является привлечение студентов к научно-исследовательской работе, предполагающей определение категории заболевания, проведение экспертизы трудоспособности, предварительных и периодических медосмотров.

На практических занятиях, моделирующих учебные ВЭК, в дискуссию вовлекаются все студенты. На основании их высказываний и заключений по каждому представленному случаю у преподавателя создается суждение о способности студентов применять на практике приобретенные знания по соответствующему разделу профессиональной патологии.

В целях оценки эффективности преподавания студентам даются задания провести анализ результатов периодических медицинских осмотров того или иного рабочего на основании представленных им амбулаторных карт (с места жительства и РКБПЗ). Для изучения отбираются документы больных, работающих на различных производствах и контактирующих с различными профессиональными вредностями, которые могли бы способствовать при определенных условиях развитию таких профессиональных болезней как пневмокониоз, хронический обструктивный бронхит пылевой этиологии, вибрационная болезнь, интоксикация шахтными газами. Амбулаторные карточки содержали результаты клинико-лабораторных обследований рабочего и данные его осмотра различными специалистами в соответствии с Приказом МЗ Украины № 246 до 2018 г. и приказом МЗ ДНР № 186 после 2018 г.

На основании результатов проведенного анализа студенты заполняют медицинскую справку о прохождении обязательного предварительного (периодического, внеочередного) медицинского осмотра работника.

Таким образом, показывая практическое значение определения категории заболевания, экспертизы трудоспособности, проведение предварительных и периодических профосмотров для будущей выбранной профессии, формируется заинтересованность студентов в активном и углубленном изучении излагаемого материала.

*Демьяненко Е.В., Серкина А.Н., Соловьева И.В.*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТЫТЕЛЯ ЛУКИ»

### **ДИНАМИКА УРОВНЯ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ, КАК МАРКЕРА НАРУШЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, В ТКАНИ ПОЧЕК КРЫС ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

Введение. Изучение влияния стресса на здоровье населения – приоритетный вопрос современной медицины. Ограничение двигательной активности – мощнейший стрессор, вызывающий нарушения микроциркуляции и ишемию тканей организма, что приводит к изменениям энергетического обмена внутренних органов, в том числе и почек. Уже в первые минуты острой ишемии почек в нефронах возникает дефицит макроэргических

соединений и возникает биоэнергетическая гипоксия. Все это отражается на соотношении анаэробных и аэробных процессов в почечной ткани, одним из регуляторов которых является лактатдегидрогеназа (ЛДГ). Терапия мезенхимальными стволовыми клетками (МСК) может способствовать нормализации биоэнергетических процессов в тканях и органах, однако в литературе данные об их подобном влиянии малочисленны.

**Цель исследования.** Изучение влияния МСК на динамику ЛДГ, как маркера сбалансированности анаэробного и аэробного гликолиза, в почечной ткани крыс после 24-часового иммобилизационного стресса.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 195 половозрелых самцах нелинейных белых крыс массой 200 – 250 грамм. Животные были разделены на три группы: интактную, контрольную (крысы подвергались 24-часовой иммобилизации, но не получали МСК), экспериментальную (крысам внутривенно вводили по  $5 \cdot 10^6$  МСК после иммобилизации). Иммобилизационный стресс моделировали помещением крыс в индивидуальные фиксирующие камеры на 24 часа. Культуру МСК получали культивированием в течение 14 суток в питательной среде ИГЛА-МЕМ в условиях CO<sub>2</sub>-инкубатора HF15UV клеток костного мозга, извлекаемых промыванием питательной средой полостей бедренных и большеберцовых костей. Животных декапитировали под легким эфирным наркозом на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки наблюдения. Извлекали почки, гомогенизировали их в среде выделения. Активность ЛДГ определяли с помощью наборов «Реагент» (г. Днепропетровск) на спектрофотометре СФ-46 (длина волны 560нм). Данные обрабатывали пакетом программ «Statistica 10.0» по критерию Манна-Уитни. Результаты расценивались как достоверные при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Экспериментально установлено, что гипоксия, возникающая на фоне 24-часового иммобилизационного стресса, приводит к повышению общей активности ЛДГ в почечной ткани, что может свидетельствовать об активации анаэробного гликолиза. Так отмечалось увеличение суммарного уровня ЛДГ в почечной ткани в 1 и 3 сутки наблюдения как в контрольной (на 27,98% и 56,23% соответственно при  $p < 0,001$ ), так и в экспериментальной (на 26,09% и 54,93% соответственно при  $p < 0,001$ ) группах. В последующие сроки наблюдения у крыс контрольной группы он достоверно превышал интактные значения на 42,15% на 7-е, на 25,31% на 14-е, на 12,14% на 21-е сутки ( $p < 0,001$ ). У крыс, получавших клеточную терапию, суммарная активность ЛДГ достоверно снижалась относительно контроля на 7 сутки наблюдения на 9,58% ( $p < 0,01$ ), на 14 сутки – на 6,95% ( $p < 0,001$ ), на 21 сутки – на 7% ( $p < 0,01$ ). С 21 суток исследования уровень ЛДГ у животных экспериментальной группы статистически не отличался от интактных значений.

**Выводы.** Установлено, что 24-часовая иммобилизация приводит к увеличению общей активности ЛДГ по сравнению с интактными значениями, что указывает на разобщение биоэнергетических процессов в клетке и активацию анаэробного гликолиза. Применение аллогенных МСК при острой иммобилизации способствовало более быстрому восстановлению уровня ЛДГ до интактных цифр в почечной ткани экспериментальных крыс по сравнению с контролем.

*Денисов В.К., Захаров В.В., Олещенко Н.Д., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Сидоркин А.И., Голубова Т.С., Захарова О.В., Варибрус С.А.*

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

## **СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ВЕДЕНИЯ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ**

Нами проанализированы социальные аспекты долгосрочных исходов трансплантаций почек с целью дальнейшей оптимизации результатов лечения.

**Материалы и методы.** С 1986 по 2018 годы мы выполнили 722 трансплантации почек. Средний возраст реципиентов был 42,6 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1,6:1, большинство из них - 691 (96,1%) перед трансплантацией лечились диализом, 521 (72,2%) пересадка выполнена от умерших доноров, 201 (27,8%) - от родственных доноров. Качество жизни реципиентов оценивали по шкале SF-36.

**Результаты и обсуждение.** Максимальная продолжительность удовлетворительной функции почки пересаженной нами 44-летней больной с хроническим гломерулонефритом превысила 28 лет, наблюдение продолжается. Длительное наблюдение за реципиентами показало, что основные клинические проблемы раннего послеоперационного периода к концу первого года после операции постепенно разрешаются. В дальнейшем возрастает значимость социальной реабилитации, что возможно только в условиях стабильной функции почечного трансплантата. Все пациенты с удовлетворительной функцией трансплантата отмечали, что качество их жизни менялось в лучшую сторону настолько, что это оправдывало самые серьезные операционные издержки. Удовлетворительная функция почечного трансплантата позволяла продолжать учебу, трудовую деятельность, вернуться к домашней работе, занятиям спортом и самосовершенствованию. Восстанавливалась фертильная функция. Тревоги предоперационного периода, связанные с риском живого родственного донорства после трансплантации, компенсировались хорошим самочувствием и моральным удовлетворением донора и реципиента. Это укрепляло не только семейные отношения, но и способствовало пересмотру многих взглядов на жизнь в позитивную сторону. Пациенты, перенесшие трансплантацию почки, становились более толерантными к социальным форс-мажорным обстоятельствам в сравнении со здоровыми. Большинство показателей качества жизни реципиентов почечных трансплантатов ниже, чем у здоровых лиц, но намного выше, чем в диализной популяции. Например, шкала «здоровья в целом» у здоровых лиц оценена в  $73,2 \pm 6,2$  балла, у пациентов после трансплантации – в  $60,5 \pm 6,1$  балла, у гемодиализных больных - в  $40,5 \pm 6,7$  баллов ( $p < 0,05$ ). Соотношение лиц состоящих в браке, работающих, а также имеющих высшее образование среди трансплантационных реципиентов и диализных больных было соответственно 1,3:1, 3,9:1 и 2,6:1. Мотивы, социальные обязательства и образова-

тельный ценз кандидатов на трансплантацию иногда оказывали большее влияние на исход трансплантации, чем клинический статус. В поздние сроки после трансплантации нами не отмечено случаев нонкомплаинса, так как у пациентов, не выполнявших рекомендаций, утрата функции трансплантата произошла на более ранних этапах.

**Выводы.** Долгосрочное наблюдение показало большое, а иногда доминирующее, влияние социальных аспектов на выживаемость почечных трансплантатов и пациентов, а также на качество их жизни.

*Дмитриев А.В., Ковтун И.Е., Карчава Е.Г., Гриценко А.И., Черепий В.В.*

ИНВХ им. В.К. Гусака МЗ ДНР

### **ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Введение:** по определению, рекомендованному Российским обществом ангиологов и сосудистых хирургов, критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) — это проявление заболеваний периферических артерий, включающее больных с типичными хроническими болями покоя (преимущественно в ночное время суток), перемежающейся хромотой менее 30 м, с ишемическими трофическими расстройствами (язвами, гангреной).

Удельный вес пациентов с КИНК в структуре заболеваемости наиболее высок у людей старше 60 лет и сопутствующим СД. Учитывая всемирную эпидемию ожирения, а так же современные демографические тенденции, а именно, старение популяции. КИНК у пациентов с СД будет, с течением времени, становится все более актуальной проблемой медицины.

**Цель:** оценка возможностей эндоваскулярного лечения КИНК у пациентов с сахарным диабетом (СД), анализ особенностей поражения артериального русла нижних конечностей у пациентов с СД.

**Материалы и методы:** анализ историй болезни, ангиограмм, протоколов операций пациентов с КИНК на фоне СД, обследованных, прооперированных на базе отделения рентгенэндоваскулярной хирургии ИНВХ им. В.К. Гусака.

Всего в исследование было включено 150 пациентов, из них 87 (58%) женщин и 63 (42%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 68 лет, средняя продолжительность СД 8.7 лет.

Из 150 пациентов у 15 (10%) проведение как эндоваскулярной так и ангиохирургической реваскуляризации было невозможно, 9 (6%) подлежали ангиохирургической реваскуляризации, 126 (84%) подлежали эндоваскулярной реваскуляризации.

У пациентов с КИНК на фоне СД были выявлены следующие особенности поражения артериального русла нижних конечностей. Изолированное поражение берцового сегмента 84 (56%), комбинированное поражение берцового и бедренно подколенного сегментов 42 (28%), комбинированное поражение аорты подвздошного, бедренно подколенного и берцового сегментов 15 (10%), прочее 9 (6%). Следует отметить, что при поражении бедренно подколенного сегмента превалировали локальные стенозы и окклюзии, протяженностью до 4 см.

**Выводы:** исходя из особенностей поражения артериального русла пациентов с КИНК на фоне СД, в 84% случаях можно достичь максимально возможной реваскуляризации рентгенхирургическими методами.

*Дмитриев А.В., Зенин О.К.*

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

### **РАЗРАБОТКА АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА МЕТОДОМ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ**

**Цель:** создание действующей модели автоматизированной системы управления (АСУ), проведение лабораторных испытаний действующей модели АСУ позволяющей объективизировать процесс баллонной ангиопластики.

**Ключевые слова:** автоматизированная система управления, баллонная дилатация, лечение стенозов, акустическая эмиссия.

Баллонная ангиопластика - это один из методов оперативного вмешательства в эндоваскулярной хирургии, применяющийся для устранения стенозов артериального русла при помощи подведенного к месту сужения баллона-катетера и раздувания его под высоким давлением (до 10-20 атм), в результате чего воссоздается просвет сосуда и восстанавливается кровоток. Данная методика широко применяется в эндоваскулярной хирургии при атеросклеротическом поражении периферических артерий различных органов у взрослых, при некоторых пороках сердца у детей (стеноз аортального клапана, стеноз клапана легочной артерии, коарктация аорты). Показателями эффективности проведения данных вмешательств является сравнительные данные ангиографии до и после проведения ангиопластики, динамика градиента давления на стенозированном участке до и после ангиопластики, изменение скорости кровотока в стенозированном участке. Все эти методы изучают состояние пораженного сегмента артерии до и после вмешательства, однако, также необходима объективная оценка адекватности самого процесса баллонной ангиопластики для определения адекватности степени раздутия баллона в артерии для достижения эффекта и недопущения при этом осложнений в виде грубой диссекции или разрыва стенки сосуда, а также для определения необходимости стентирования пораженного участка после проведения баллонной ангиопластики..

В настоящее время мы имеем недостаточно сведений о биомеханике стенки сосудов, что может являться препятствием для дальнейшего внедрения клиническую практику и стандартизации метода баллонной ангиопластики. Цель создания АСУ - объективный контроль за процессом, происходящим в стенке стенозированного

сосуда непосредственно в процессе баллонной ангиопластики, используя в режиме реального времени анализ сигналов акустической эмиссии (АЭ), поступающих с места проведения операции.

Разработка позволит проводить баллонную дилатацию (БД) под контролем над изменением просвета сосуда путем регистрации сигналов акустической эмиссии (АЭ) и усовершенствовать метод БД. Программная часть АСУ анализирует сигналы АЭ и управляет работой насоса, создающего давление на стенки сосуда. Аппаратная часть АСУ состоит из электромеханического устройства, обеспечивающего дозированную деформацию стенозированного участка, а также регистрацию сигналов АЭ. Все элементы системы подключаются к компьютеру. Считывание сигналов АЭ производится специальным датчиком, небольшие размеры (~ 125 мкм) которого позволяют снимать сигналы АЭ непосредственно с места проведения операции.

Выводы: Применение АСУ позволит установить объективный контроль за процессом выполнения баллонной ангиопластики в режиме реального времени, что позволит снизить частоту осложнений данной манипуляции, повысить ее эффективность и разработать новые стандарты применения данной методики лечения стенотических поражений артериального русла.

*Довгялло Ю.В., Ежов Д.А.*

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

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗОНЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ**

Одним из самых опасных интраоперационных осложнений хирургического остеосинтеза при переломах плечевой кости является кровотечение, поэтому врач должен четко представлять какие существуют варианты индивидуальной изменчивости вхождения диафизарной артерии, поскольку ее ход, расположение и диаметр наиболее вариабельны, какие отделы плечевой кости кровоснабжаются лучше всего.

В соответствии с целью и задачами работы было исследовано 30 плечевых костей контрлатеральных. Регистрировали следующие параметры: длина плечевой кости (см); наименьшая окружность хирургической шейки плечевой кости (см); расстояние от верхушки большого бугорка проксимального эпифиза плечевой кости до питательного отверстия диафиза (см); сегмент плечевой кости согласно универсальной классификации «Эсперанто», в которой расположено питательное отверстие диафизарной артерии (номер); количество питательных отверстий в расчете хирургической шейки плечевой кости, большого и малого бугорка, медиального и латерального надмыщелков, ямки локтевого отростка. На основании полученных путем измерения данных рассчитывали следующие коэффициенты: толстотно-длиннотный указатель плечевой кости; коэффициент питательного отверстия.

Случаев низкого вхождения артерии обнаружено 13%, среднего вхождения – 60%, высокого вхождения диафизарной артерии – 27%, большинстве случаев артерия входит в плечевую кость в ее средней трети, однако, минимальное значение индекса КПО составило 39,13%. В трех случаях обнаружено два питательных отверстия диафизарной артерии, в одном случае – три питательных отверстия. Для унификации определения места вхождения диафизарной артерии в плечевую кость было определена локализация ее питательного отверстия по универсальной классификации сегментов плечевой кости «Эсперанто». Оказалось, что в третьем сегменте питательное отверстие локализуется в 7% случаев, в четвертом сегменте – в 40% случаев, в пятом сегменте – в 47% случаев, в шестом – всего в 6%.

Установлено, что количество питательных отверстий в области малого бугорка и хирургической шейки плечевой кости достоверно больше, чем количество питательных отверстий в области большого бугорка и латерального надмыщелка, но при этом, достоверно не отличается от количества питательных отверстий в области ямки локтевого отростка.

Наиболее обильно кровоснабжается малый бугорок плечевой кости и область хирургической шейки, что следует учитывать при проведении вмешательств в этой области: эндопротезирования, введении спиц для остеосинтеза, накостной фиксации отломков и т.д. В отдельных случаях может быть несколько диафизарных артерий (2-3), входящих в плечевую кость на разном уровне, которые также могут служить источником интраоперационных кровотечений.

*Домашенко О.Н., Гридасов В.А.*

ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, Донецк

### **АНАЛИЗ СПОСОБОВ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ОСНОВАНИИ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Анкетирование – эффективный метод индикации удовлетворенности студентов педагогическим процессом (ПП), ведь результаты анкетирования, т.е. коллективное мнение студентов не менее наглядно, чем другие критерии, включая объективные результаты обучения, демонстрируют состоятельность педагогической системы, и могут служить маяком для разработки новых и оптимизации реализуемых на практике элементов ПП. В пилотном исследовании кафедры инфекционных болезней (ИБ) приняли участие 50 студентов. Карта анкеты определяется следующим образом: по шкале от 1 до 10 оценить удовлетворенность ПП и морально-психологическим климатом (МПК), совершить множественный выбор (отметить неограниченное количество вариантов) из 8 причин возможной неудовлетворенности ПП, совершить множественный выбор из 15 способов оптимизации ПП. Стоит отметить, что анкетирование проводилось после сдачи студентами итогового модульного контроля и экзамена по данной специальности. При анализе анкет были достигнуты следующие результаты: средний показатель удовлетворенности качеством ПП при изучении ИБ – 92,4%, средний показатель удо-

влетворенности – 95%. Абсолютно удовлетворены качеством ПП и МПК на кафедре – 23 студента (46%). Считают позитивным введение неклассических (творческих и мультимедийных) элементов в ПП – 46 человек (92%). По условиям анкетирования было предложено совершить множественный выбор из 15 способов оптимизации ПП – 229 пунктов отмечено и предоставить свои варианты – 0. Распределение методов оптимизации ПП представлено следующим образом: разбор находящегося в отделении пациента или архивной истории болезни по тематике занятия – 36 (15,7%), разбор заболеваний посредством просмотра видеороликов – 32 (14%), решение тестов формата «А» с устным разбором и дальнейшей дискуссией – 22 (9,6%), решение кроссвордов – 21 (9,1%), просмотр видеороликов – 18 (7,8%), использование ролевых элементов (разделение на несколько групп с ролями врачей, пациентов, рецензентов) – 15 (6,6%), проведение части занятия с соревновательным элементом (по типу «Брейн-Ринг») – 15 (6,6%), просмотр отдельных выступлений из международных конференций – 14 (6,1%), интенсификация процессов запоминания путем введения ассоциативных литературных связей (написание студентами элементов прозы и поэзии) – 11 (4,8%), написание синквейнов – 10 (4,4%), мнемонические упражнения – 8 (3,5%), билетная система на практических занятиях – 8 (3,5%), включение англоязычных элементов (видео с субтитрами, иллюстрации с подписями, англоязычная литература с синхронным переводом) – 8 (3,5%), разбор заболеваний с помощью примеров из художественной литературы – 7 (3%), домашняя работа в виде создания мультимедийных презентаций и видеороликов – 7 (3%).

Таким образом, удовлетворенность ПП на нашей кафедре соответствует высокому уровню – 92,4%, соизмеримо с благоприятным МПК – 95%. 92% студентов положительно относится к введению в ПП неклассических элементов образования. Наиболее приоритетными направлениями из группы классических элементов студенты назвали разбор реальной истории болезни и пациента по тематике занятия – 15,7%, решение тестов формата «А» с устным разбором всех вариантов и дальнейшей дискуссией – 9,6%, из неклассических: просмотр специализированных видеороликов – 14% и фрагментов художественных фильмов по данной тематике – 7,8%, решение кроссвордов – 9,1%, использование ролевых элементов – 6,6%, и соревновательных элементов – 6,6%. Неожиданно низким оказался приоритет таких элементов, как просмотр международных конференций 6,1% и включение в ПП англоязычных элементов 3,5%, что указывает на необходимость интенсификации работы в данных направлениях. Важно отметить, что данное исследование продолжается с увеличением статистической выборки, усовершенствованием методов статистической обработки, а также в необходимой мере, детализацией вопросов в составе анкеты.

*Домашенко О.Н., Гридасов В.А.*

ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, Донецк

### **ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ**

Иерсиниоз – заболевание, характеризующееся внутриклеточным паразитированием возбудителя, незавершенным фагоцитозом, что обуславливает длительное персистирование возбудителя в организме. У 9–25 % больных формируются вторично-очаговые формы, которые могут длиться многие годы. К вторично-очаговым формам иерсиниоза относят группу системных заболеваний иммунопатологической природы: реактивные артриты, синдром Рейтера, узловатая эритема, анкилозирующий спондилоартрит, а иногда и СКВ. Иерсинии играют роль триггера в развитии иммунопатологических процессов. Липополисахарид иерсиний стимулирует В-лимфоциты и макрофаги, опосредованно влияя на аллергические и аутоиммунные процессы, при этом активируются аутореактивные клоны клеток, продуцирующих антитела против коллагена 1–го и 2–го типов. Обследованы 250 больных генерализованной формой спорадического иерсиниоза, а также 141 – хронической формой иерсиниоза, 20 – синдромом Рейтера иерсиниозной этиологии. Мужчин было 174, женщин – 217, возраст больных – от 15 до 68 лет. Диагноз иерсиниоза подтверждался бактериологическим методом, серологической идентификацией при постановке РНГА с эритроцитарными антигенами, РА, ИФА, а также РКОА, РНИФ, иммуноблотом, ПЦР. У 13,6 % больных генерализованной формой иерсиниоза развились полиартриты, при этом в процесс вовлекались 3–4 сустава, преимущественно голеностопные и лучезапястные, реже – коленные, плечевые, у 8,8 % – фаланговые и стопные. У 77,8 % пациентов процесс приобретал рецидивирующее течение. У 10 % больных иерсиниозом выявляется миозит. Мы наблюдали 9 больных (3,6 %) генерализованной формой иерсиниоза с высокой, длительной и рецидивной лихорадкой, с выраженным миалгическим синдромом, признаками миозита, которым ошибочно установлен диагноз СКВ и васкулита, при этом аутоиммунные лабораторные тесты были отрицательными. Наиболее сложным представляется диагностика иерсиниоза при хронических формах заболевания, которые формируются в 6–39 % случаев. Ранее считалось, что длительность хронического течения иерсиниоза не превышает 2-х лет. Однако современные методы диагностики (РНИФ, Вестернблот, ПЦР) позволили нам установить диагноз и успешно провести лечение у больных с 3–8 летними сроками болезни. В эту группу вошли преимущественно больные с поражением опорно-двигательного аппарата, а также хроническим илеитом (22), мезаденитом (4), рецидивирующим увеитом (2), пиелонефритом (2). Пациентам с поражением желудочно-кишечного тракта нередко помимо хронического колита (11) устанавливался диагноз НЯК (4), болезнь Крона (2), дисбиоз кишечника (9). Крайне редко удается получить культуру *Y. enterocolitica* из материала от больных с затяжным, хроническим течением и вторично-очаговыми формами заболевания. Для повышения эффективности диагностики мы исследовали сыворотки крови больных двумя-тремя методиками (РНГА, РНИФ и Вестернблот). Применение традиционных схем антибиотикотерапии было достаточно часто неэффективно,

однако отказываться от назначения антибиотиков неверно с учетом внутриклеточного персистирования возбудителя. Оптимальные дозы антибиотиков и продолжительность лечения устанавливали эмпирически. Важно осуществлять комплексное лечение больных иерсиниозом, оценивая характер иммунного ответа пациента.

*Домашенко О.Н., Гридасов В.А.*

ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, Донецк

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗА**

При наблюдающемся росте заболеваемости иксодовым клещевым боррелиозом (ИКБ) в Донбассе в последнее десятилетие отмечены случаи хронической формы заболевания, в том числе с поражением нервной системы. Хронические формы нейроборрелиоза выявлены у 12 больных (5 мужчин и 7 женщин) в возрасте 26-64 лет. Длительность заболевания была от 6 месяцев до 30 лет. Лишь у 1 больной инфицирование произошло на Дальнем Востоке России, у остальных – в Донецкой области. Неврологом установлены диагнозы: энцефаломиелит (3), радикулонейропатия (2), хроническая энцефалопатия в сочетании с невритом слухового нерва (1), возникшем в остром периоде ИКБ, прогрессирующая энцефалопатия (2), вялый парапареза (2). 2 пациентки после острого периода ИКБ наблюдались инфекционистом и неврологом в связи с затяжным течением менингоэнцефалита с последующим развитием неврита лицевого нерва и хроническим рецидивирующим поражением кожи в виде вторичных эритем (1), а также неврита вестибулокохлеарного нерва в сочетании с симпатoadрeналовыми пароксизмами (1). Прогрессирующее течение нейроборрелиоза наблюдалось у 3-х больных, у остальных было рецидивирующим. Общеинфекционные симптомы характеризовались субфебрилитетом (6), периодически фебрильной лихорадкой (2), лимфаденопатией (4), увеличением печени (6). У 3-х больных дополнительно выявлены поражения суставов в виде артритов, у 1 – рецидивирующая эритема разной величины и локализации. У пациентки 54 лет, страдающей многолетним рецидивирующим субфебрилитетом, в течение последних 5 лет появились выраженные когнитивные нарушения – снижение памяти (забывала фрагменты излагаемого материала на уроке), периодически возникали немотивированный гнев, раздражительность, направленные на учеников и близких. Трудность диагностики хронического нейроборрелиоза была в основном обусловлена давностью заболевания, недостаточным знанием данной проблемы неврологами, отсутствием детального эпидемиологического анамнеза, имеющего отношение к укусам клещей. У больных диагноз нейроборрелиоза подтвержден исследованием РНИФ, ИФА, Вестернблот. Лечение хронического нейроборрелиоза в большинстве случаев представляло определенные трудности, в связи с чем проведение одного курса антибиотикотерапии было недостаточным. В 3-х случаях мы столкнулись с неэффективностью цефалоспоринов. Так, у больной 32 лет начало боррелиоза было типичным. На стадии кольцевидной эритемы лечилась амбулаторно доксициклином 200 мг/сутки в течение 10 дней. Через месяц перенесла серьезный менингит. На протяжении последующих 7 месяцев трижды наблюдался рецидив заболевания с прогрессированием неврологической симптоматики в виде радикулонейропатии. Каждому обострению предшествовало появление типичной эритемы на различных участках кожи. В комплексное лечение серозного менингита был включен цефтриаксон в дозе 4 г/сутки в течение 30 дней, следующий курс антибиотикотерапии по поводу рецидива эритемы с радикулонейропатией осуществлен цефотаксимом 2 г/сутки в сочетании с клаксидом-CP 500 мг/сутки в течение 14 дней. Через 8 месяцев от начала заболевания возник парез лицевого нерва справа с рецидивом эритемы в области бедра. Стабилизация процесса была достигнута назначением пенициллина в дозе 21 млн. ЕД/сутки в течение 4 недель. Таким образом, нейроборрелиоз на стадии хронического течения – проблема, требующая совместных усилий неврологов, инфекционистов и других специалистов в совершенствовании диагностики заболевания, отличающегося сложностью патогенеза, выраженным полиморфизмом симптомов и длительностью течения.

*Домашенко О.Н., Гридасов В.А.*

ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, Донецк

### **ЛИСТЕРИОЗ – АКТУАЛЬНАЯ НЕЙРОИНФЕКЦИЯ**

Нейроинфекция листериозной этиологии (нейролистериоз) – инфекционное заболевание, вызываемое *Listeria monocytogenes*, составляющее до 5–10% всех случаев листериоза, клиническими вариантами которой являются менингиты, менингоэнцефалиты, полинейропатии, реже психозы, с тяжелым течением и уровнем летальности, достигающим 40 %. Наиболее частым клиническим вариантом является менингит, составляющий 1–5 % всех случаев бактериальных менингитов, с внезапным началом развития клинической картины, состоящей из выраженных интоксикационного и менингеального синдромов. При отсутствии либо некорректно проводимой терапии развиваются явления энцефалита: головокружение, тремор, нарушения зрения, судороги, парезы, параличи, опистотонус и психотические расстройства: депрессия, агрессия, галлюцинации, бредовые расстройства. Помимо этого, могут развиваться энцефалополиневриты, гидроцефалия, деменция, абсцессы головного мозга, ствола и спинного мозга. Зафиксированы случаи выявления *Listeria monocytogenes* у пациентов с атипичным паркинсонизмом. Под нашим наблюдением находилось 12 больных с поражением нервной системы, ассоциированным с листериозной инфекцией в возрасте 17–73 лет (5 мужчин, 7 женщин). Острое течение заболевания отмечено у 9 больных, у 3 – хроническое. Острый листериоз протекал у 4 больных по типу гнойного менингоэнцефалита, у 2 пациентов (1 – с ВИЧ-инфекцией, 1 – пожилого возраста) – на фоне сепсиса, энцефалит у 2-х больных, у 3 – энцефалополинейропатия, развившаяся в 1 случае по типу Ландри, у 1 больного – с тетрапарезом по моторному типу, у 1-с нижней параплегией. Хронический нейролистериоз установлен у 3 больных с клиникой полинейропатии. У 3 пациентов зафиксирована ассоциация с иерсиниозом, у 1 – с болезнью Лайма,

у 1 – с вирусом простого герпеса 1 типа, у 1 – с лихорадкой Западного Нила. Данные ликворограммы выглядят следующим образом: цвет – прозрачный или мутный, повышен белок, незначительный плеоцитоз за счет нейтрофилов и лимфоцитов, цитоз 50–1000 клеток в 1мм<sup>3</sup>, глюкоза снижена или нормальна. Этот факт заслуживает особого внимания клиницистов, ведь лимфоцитарный плеоцитоз трактуется клиницистами как аргумент в пользу вирус-индуцированного менингита и отказа от антибактериальной терапии, которая, абсолютно показана при менингите листериозной этиологии. Результаты исследования датских учёных свидетельствуют, что в 90 % случаев, клиницисты назначают цефалоспорины 3–4 поколения, что является нецелесообразным и приводит к высоким показателям 30-дневной смертности. Согласно их рекомендациям, эффективными этиотропными препаратами являются бензилпенициллин, аминопенициллин, меропенем, сульфаметоксазол/триметоприм и пиперациллин/тазобактам. Таким образом, листериоз является актуальной нейроинфекцией в практике инфекционистов, неврологов, реаниматологов. Особенности описанных в нашем исследовании случаев являются сочетанное поражение оболочек головного мозга и периферической нервной системы, длительная лихорадка, наличие сочетанной этиологии инфекционного процесса, быстрый клинический эффект после своевременного назначения антибактериальной, патогенетической и симптоматической терапии.

*Домашенко О.Н.<sup>1</sup>, Демкович О.О.<sup>1</sup>, Савченко В.В.<sup>2</sup>, Акимова Л.С.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, <sup>2</sup>Республиканский центр санэпиднадзора Госсанэпидслужбы МЗ ДНР, Донецк

### **КОКСИЕЛЛЕЗ В ДОНБАССЕ**

Коксиеллез (Ку-лихорадка) – широко распространённое зоонозное заболевание с тенденцией к росту заболеваемости во многих странах, однако в силу разнообразных путей инфицирования человека и полиморфизма клинических проявлений выявляется редко. Масштабные вспышки Ку-лихорадки среди людей в Европейском регионе зарегистрированы в Нидерландах в 2007-2010 г. г. (более 5000 случаев). Данные эпидемиологического мониторинга стран ЕС свидетельствуют о гиперэндемичности большинства государств по Ку-лихорадке. Уровень проэпидемичивания населения Испании составляет 23,1–48,6%, в Дании – 11 %, в Германии и Франции соответственно 7,5–7,8 %. В Российской Федерации заболевание регистрируется преимущественно в виде спорадических случаев более чем в 50 административных регионах, при этом основное количество выявленных больных Ку-лихорадкой приходится на Южный Федеральный округ, где заболеваемость в 2016 г., к примеру, в Астраханской области составила 5,39 на 100 тыс., тогда как в целом по России – 0,07 на 100 тыс. населения. Резервуаром возбудителя в природе являются около 100 видов диких теплокровных животных и десятки видов птиц. Циркуляция возбудителя в первичных природных очагах поддерживается укусами инфицированных *S. burnetii* клещей. В антропоургических очагах коксиеллеза основным источником инфекции для человека являются домашние животные. Наиболее опасны в эпидемиологическом отношении козы и овцы. Несмотря на значительную урбанизацию, в Донецкой области в 2011–2013, 2017 годах по результатам исследований клещей и мазков-отпечатков внутренних органов мышевидных грызунов установлено 16 энзоотических территорий Ку-лихорадки в 13 регионах. В 2011-2013, 2017 г.г. на коксиеллез серологически обследованы 354 лихорадящих больных и 169 образцов крови больных с профессиональным риском заражения и диагнозами, которые не исключали коксиеллез. Антитела к возбудителю обнаружены у 13 обследованных (3,7 %) в возрасте 27-73 лет, у восьми из которых диагностировано острое течение коксиеллеза в виде гриппоподобного (2), бронхопневмонического (5) и септического (1) вариантов. У пяти лиц при скрининговом обследовании здорового контингента в реакции ИФА обнаружены антитела класса G к *S. burnetii* в титрах 1:10-1:20, что свидетельствовало о перенесенной этими лицами в прошлом Ку-лихорадки. Среди больных коксиеллезом 2 были жителями городов, 6 – проживали в сельской местности, имели подсобное хозяйство, ухаживали за животными. У большинства больных установлен аэрогенный путь инфицирования. Пациенты госпитализировались с подозрением на ОРВИ, ангину, бронхит, пневмонию. Характерной особенностью заболевания была длительная (от 14 до 42 дней) ремиттирующая и гектическая лихорадка, сопровождающаяся ознобами, умеренная системная лимфаденопатия, тахикардия, увеличение печени и в 3 случаях – селезенки. У пациентки с тяжелым течением септической формы коксиеллеза заболевание осложнилось образованием мелких абсцессов печени. Диагноз у всех больных подтвержден методом ИФА (1:100-1:400) и РНИФ (1:40-1:20). При диспансерном наблюдении за переболевшими лихорадкой Ку клинических и серологических признаков хронизации инфекционного процесса не выявлено (титр антител к фазе II возбудителя снизился, а антитела к фазе I не определялись). Таким образом, результаты по изучению географического распространения природно-очаговых инфекций, передающихся иксодовыми клещами, позволили установить наличие на территории Донбасса новых природных очагов Ку-лихорадки, в связи с чем широкий круг врачей должен быть профессионально информирован о данном заболевании с целью ранней диагностики и адекватной этиотропной терапии.

*Домашенко О.Н*

ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, Донецк

### **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ HCV-АССОЦИИРОВАННОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ**

В экономически развитых странах цирроз печени (ЦП) входит в шесть основных причин смерти в возрасте 35–60 лет. Ежегодно заболеваемость ЦП увеличивается на 3,7 %. В России от ЦП погибает 47 200 человек в год. У 40 % больных ЦП формируется в исходе хронических вирусных гепатитов, преимущественно С. Риск осложнений и декомпенсации при ЦП вирусной этиологии значительно уменьшается при эрадикации вируса путем

противовирусной терапии (ПВТ). В недавнем прошлом применение интерферонов в лечении цирроза печени HCV-этиологии было ограничено вследствие имеющихся противопоказаний и развития тяжелых побочных явлений. В последние 5 лет с внедрением в терапию гепатита С противовирусных препаратов прямого действия произошел коренной перелом в исходах лечения, при этом полная элиминация вируса происходит в 94-98 % случаев. Высокая стоимость оригинальных препаратов позволила в 2017 г. компании-производителю оригинальных препаратов Gilead одобрить применение воспроизведенных препаратов, которые имеют идентичный состав и свойства. Целью работы являлась оценка эффективности и переносимости безинтерфероновой терапии воспроизведенными препаратами прямого действия для приема внутрь (ПППД) у больных ЦП, ассоциированным с HCV-инфекцией, которая подтверждена выявлением антител и сывороточной РНК HCV с помощью ПЦР в реальном времени (COBAS AmpliPrep, порог определения 15 МЕ/мл). ЦП диагностирован на основании исследования FibroScan (67,2 %), FibroMax (14,8 %), эластографии (11,5 %), пункционной биопсии печени (6,5 %), УЗИ печени и селезенки (100 %), компьютерной томографии (31,1 %), клинических и лабораторных признаков. Под наблюдением находился 61 больной в возрасте 27-73 лет (средний возраст составил 53,8 года). 8 (13,1 %) больных было 65 лет и более, Мужчин было 36 (59,1 %), женщин - 25 (40,9 %). У 62,3 % пациентов выявлен 1в генотип, у 32,8 % - 3, у 4,9 % - 2 генотипы HCV. Вирусная нагрузка  $\leq 10^5$  МЕ/мл определена у 29,5 %,  $\geq 10^5$  МЕ/мл - у 32,8 %,  $\geq 10^6$  МЕ/мл - у 37,7 %. Класс А по Чайлд-Пью диагностирован у 8,2 % больных ЦП, класс В на стадии компенсации и субкомпенсации - у 91,8 %. Портальная гипертензия наблюдалась у 62,3 % больных, транзиторный асцит не позже полугодия до начала ПВТ - у 13,1 %, тромбоцитопения - у 43,6 %, кровотечение из ВРВП в анамнезе - у 4,9 %, умеренный гиперспленизм - у 6,6 %. Хроническая печеночная энцефалопатия диагностирована у 2 пациентов (3,3 %). Неотетчиками на ранее проводимую двойную ПВТ (пегасис и рибавирин) были 24,6 % больных. Среди сопутствующих заболеваний преобладала патология дигестивной системы, артериальная гипертензия, ИБС, сахарный диабет 2 типа. У 2-х больных выявлена ВИЧ-инфекция, по поводу чего проводилась АРВТ. Фиксированные дозы софосбувира и ледипасвира (400 мг и 90 мг) получали 62,3 %, софосбувира и даклатасвира (400 мг и 60 мг) - 37,7 % пациентов в течение 24 недель. Рибавирин назначали 88,5 % больных указанных групп. Тяжелые побочные явления ПВТ не наблюдались. Наиболее часто отмечалась слабость (21,3 %) и кратковременная головная боль (16,5 %). Быстрый вирусологический ответ (БВО) через 4 недели ПВТ выявлен у 73,8 %, УВО12 и УВО24 (неопределяемая сывороточная РНК) обнаружены у 98,4 % пациентов. РНК HCV на 4, 12 и 24-й неделях после окончания лечения соответствовало 98,4 % обследованных. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об эффективности ПППД у пациентов с циррозом печени, отсутствии фатальных осложнений, однако назначение этих препаратов следует избегать у больных с декомпенсацией функции печени.

*Дорошенко Т.В., Нетруненко Л.В.*

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», город Луганск, ЛНР

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОБУТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КОНСТИПАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА**

**Введение.** Поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных сахарным диабетом (СД) связывают с развитием диабетической автономной нейропатии (ДАН). Наиболее частыми проявлениями гастроэнтерологической формы ДАН является нарушение моторно-эвакуаторной функции ЖКТ. Что клинически проявляется хроническим запором. Необутин (тримебутина малеат), действуя на энкефалинергическую систему кишечника, восстанавливает нормальную физиологическую активность мускулатуры кишечника. Также необутин, нормализуя висцеральную чувствительность, обеспечивает анальгетический эффект при абдоминальном болевом синдроме.

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность необутина в терапии хронического запора у пациентов с сахарным диабетом второго типа.

**Материалы и методы.** Обследовано 18 пациентов, из них 11 (61,1%) женщин и 7 (38,9%) мужчин, с верифицированным сахарным диабетом II типа, легкой и средней степенями тяжести в стадии компенсации и субкомпенсации. Средний возраст больных составил  $59,3 \pm 4,8$  года. Длительность заболевания -  $7,2 \pm 3,1$  лет. Все больные соблюдали диету с высоким содержанием клетчатки. В первую группу вошли 9 пациентов, которые получали домперидон, мебеверин в стандартной дозировке. Во вторую группу включили 9 пациентов, которые получали необутин. Пациенты обеих групп сопоставимы по полу и возрасту. Необутин назначали по 1 таблетке (200 мг) 3 раза в день за 15-20 минут до еды. Длительность лечения составила 4 недели. Степень выраженности болевого синдрома оценивали по опроснику ВАШ до и после лечения. Для оценки эффективности воздействия препарата на моторную функцию кишечника велась хронокарта частоты дефекаций, для оценки общего состояния, качественных показателей жизни проводилось анкетирование с помощью опросника САН. Всем пациентам была выполнена фиброколоноскопия для исключения механического характера запора.

**Результаты и обсуждение.** Все обследованные пациенты страдали запорами продолжительностью от 4 до 8 дней, в среднем 6,0 дня (0,19 дефекации в сутки). После проведенного лечения, частота дефекаций в I группе составила 0,52 дефекации в сутки, а во II - 0,91. Болевой синдром снизился в обеих группах. ВАШ боли в I и II группах до лечения -  $7,6 \pm 1,6$  и  $7,8 \pm 1,4$  и после лечения соответственно -  $2,5 \pm 2,1$  и  $1,7 \pm 2,0$ . В I группе до лечения самочувствие - 3,2 балла, активность - 3,2 балла, настроение - 4,0 балла, после лечения показатели нормализовались: самочувствие - 5,1 балла, активность - 4,3 балла, настроение - 5,4 балла. Во II группе до лечения:

самочувствие - 3,0 балла, активность - 2,9 балла, настроение - 4,1 балла. После лечения: самочувствие - 5,6 балла, активность - 4,7 балла, настроение - 5,7 балла

**Выводы.** Таким образом, небутин является эффективным средством для нормализации моторно-эвакуаторной функции кишечника у пациентов с СД II типа. Нормализация стула на фоне приема небутина существенно улучшает качество жизни пациентов, нормализуя такие показатели, как самочувствие, активность, улучшает физическое и психическое состояние.

*Дорошенко Т.В., Нетруненко Л.В.*

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», город Луганск, ЛНР

### **КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ МЕРТЕНИЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ПОДАГРОЙ**

**Введение.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) - это мультифакторное хроническое заболевание печени, включающее такие клиничко-морфологические изменения в печени как стеатоз, неалкогольный стеатогепатит, фиброз и цирроз. Наиболее значимыми факторами в развитии заболевания являются метаболические расстройства, такие как сахарный диабет, подагра, избыточная масса тела, нарушения пищеварения, длительное парентеральное питание.

**Цель исследования.** Оценить эффективность и безопасность применения мертенила (розувастатина) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и подагрой.

**Материалы и методы.** В исследование включено 20 больных НАБП и в сочетании с подагрой. Диагноз НАЖБП (стеатоз, стеатогепатит неактивная фаза) установлен на основании данных анамнеза, лабораторных и инструментальных методов обследования. Диагноз подагры установлен в соответствии с классификационными критериям подагры Wallace S. Средний возраст больных составил  $54,2 \pm 10,5$  лет. Длительность заболевания -  $6 \pm 2,04$  года. Все пациенты на момент обследования принимали аллогексал в дозе 150-300 мг / сут. На протяжении исследования доза аллогексала не изменялась. Ни один из больных не употреблял постоянно нестероидные противовоспалительные препараты. У всех пациентов зарегистрированы нормальные показатели функциональных печеночных проб. Всем исследуемым пациентам был назначен мертенил в дозе 10-20 мг/сут однократно. Лабораторное исследование включало: уровень аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ), мочевой кислоты (МК), С-реактивного белка (СРБ), параметров липидного спектра: общий холестерин (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), низкой (ХС ЛПНП), очень низкой (ХС ЛПОНП) с определением коэффициента атерогенности (КА) до и через 2 месяца после назначения мертенила.

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования переносимость препарата была оценена как удовлетворительная. Ни в одном из случаев не было показаний для отмены препарата. Использование мертенила привело к уменьшению уровня ОХ на 21% (с  $5,48 \pm 0,26$  до  $4,33 \pm 0,21$ ), ХС ЛПНП на 26% (с  $3,72 \pm 0,16$  до  $2,74 \pm 0,38$ ), ТГ на 19% (с  $1,48 \pm 0,26$  до  $1,2 \pm 0,24$ ), КА на 27% (с  $3,46 \pm 0,26$  до  $2,53 \pm 0,23$ ). При этом произошло существенное повышение ЛПВП с  $0,61 \pm 0,17$  до  $1,1 \pm 0,16$  мл / л. Но следует отметить, что достижение целевого уровня ХС наблюдалось лишь у 8 больных (40%), ХС ЛПНП в - 5 (25%) пациентов. Также наблюдалось статистически достоверное снижение уровня СРБ с 3,05 до 2,84 мг / л. Уровень трансаминаз на всем протяжении исследования не повышался. И мертенил практически не влиял на содержание мочевой кислоты в сыворотке крови: до - 392 мг / дл, через 2 месяца - 386 мг / дл.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о хорошей переносимости мертенила, наличии противовоспалительного действия на фоне гиполипидемического эффекта и об отсутствие влияния на уровень мочевой кислоты у больных подагрой.

*Доценко Т.М., Бутева Л.В., Бугашева Н.В.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького», г. Донецк, ДНР

### **ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ: МЕСТО И РОЛЬ В МЕДИЦИНЕ, ЕГО РЕАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ ОБЩЕСТВА**

Эволюция цивилизации человеческого общества направлена на поглощение «естественного искусственным» именно интеллект человека выделил человека из мира животных, что послужило началом развития «социума». Может ли человек создать такой «интеллект», который бы превышал его собственный, т.е. искусственный. Может ли этот интеллект подменить в целом или частично интеллект человека, и прежде всего в такой отрасли как медицина здравоохранения.

Искусственный интеллект, являясь результатом создания multifunctional компьютеров «моделируется» на основе «человеческого интеллекта». При этом, из ста кинических случаев машина ошибалась лишь в двух при затрате времени на каждый случай менее, чем полсекунды. Но результаты такой работы врач должен уметь подтверждать. Обеспечение же «индивидуального подхода» как основы врачебной деятельности, возможно лишь при наличии сведений о генетических данных пациента, что практически непреемлемо в условиях нашей «массовой медицины».

Нужно считать, что мыслительная деятельность врача не может быть подменена деятельности машины и потому искусственный интеллект может играть роль ассистента врача лишь в ограниченной сфере вопросов диагностики и лечения.

*Евтушенко С.К.<sup>1</sup>, Попандопуло А.Г.<sup>2</sup>, Евтушенко О.С.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Республиканский детский клинический центр нейрореабилитации,

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

## **ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СТРОМАЛЬНЫХ СОБСТВЕННЫХ КЛЕТОК (ССК) КОСТНОГО МОЗГА В ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Несмотря на существенное улучшение родовспоможения, отмечено увеличение числа детей с тяжелыми формами церебрального паралича, вследствие различных причин (патологические роды, рождение детей с малым весом и недоношенных, применение прогрессивных методов родовспоможения, болезни матери и др.).

**Цель.** Разработка критериев отбора детей с тяжелыми формами церебрального паралича (ЦП) для проведения трансплантации ССК и оценка ее эффективности. Сочетание незрелости мозга и интранатальной гипоксии не всегда являются разрушительными, поскольку мозг новорожденного обладает рядом компенсаторных генетически детерминированных возможностей.

**Материалы и методы.** После тщательного обследования и исключения противопоказаний под местной анестезией проведен забор 90-20мл костного мозга из подвздошной кости у 10 детей с двойной гемипаретической формой ЦП тяжелой степени (шкала GMFCS). Далее костную массу культивировали в течение 4 недель при стандартных условиях. Для идентификации и характеристики клеточных культур использовали критерии ISCT (2006). Трансплантацию культур в 3 пассажа осуществляли внутривенно капельно. Катамнез составил 5-8 лет. Состояние без изменений и без ухудшений отмечено у 4 детей, у 3 детей увеличена моторика и речь, у 3 детей – достоверное и существенное улучшение речи и умственных способностей (шкала INFANIB).

**Заключение.** Полученные предварительные данные свидетельствуют о положительном эффекте использования клеточной терапии аутологичными ССК при лечении детей с тяжелой формой ЦП, особенно влияющей на когнитивные функции.

*Евтушенко С.К.<sup>1</sup>, Марусиченко Е.А.<sup>2</sup>, Евтушенко Л.Ф.<sup>3</sup>, Соловьева Е.М.<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»,

<sup>2</sup>Институт неотложной и восстановительной хирургии,

<sup>3</sup>Республиканская детская клиническая больница,

<sup>4</sup>Диагностический центр МРТ ДокТМО, Донецк, ДНР

## **КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ КАК ОСНОВА В ТРАКТОВКЕ ГЕТЕРОГЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ**

**Актуальность.** У пациентов с болезнями сердца в любом возрасте инсульт может возникать при отсутствии манифестной патологии пре- и интрацеребральных сосудов.

**Цель.** Обнаруженные до инсульта немые микроинфаркты мозга диктуют необходимость у подобных больных искать как интра-, так и вне- церебральные причины их возникновения.

**Материал.** Выделяют три степени риска эмбологенного инсульта: высокий риск (мерцательная аритмия, трепетание предсердий, тромбоз в ушке сердца, миксома левого предсердия); средний (открытое овальное окно (ООО), митральный стеноз); низкий (пролапс митрального клапана с регургитацией, дополнительные хорды).

Обследовано 3 группы пациентов различного возраста. 1-я группа 40 человек в возрасте 45-65 лет с различной цереброваскулярной патологией (ПНМК инсульты) ООО обнаружено у 5 чел. (12,5%), ПМК – 3 чел. (2,5%); 2-я группа (сравнения) – 25 больных с РЭМ, РС и вертеброгенной патологией в возрасте от 35 до 65 лет без кардиальных жалоб.

Методом ЭХО-КГ у них выявлено не зарращенное ООО у 4 чел. (16%) и ПМК у 3-х человек (12%). 3-я группа – 50 детей в возрасте от 3-13 лет с гемипаретической формой церебрального паралича, у них выявлено ООО у 29,5%! Данный факт, включая данные МРТ, подтверждал возможность у этих детей перенесенного интра- или постнатального инсульта, связанного с парадоксальной сердечной эмболией, вследствие функционирующего ООО.

К церебральным причинам, вызывающих острую и хроническую патологию мозга, возможно отнести и безсудорожные формы височной эпилепсии – в характере приступов которых не конвульсии, а пароксизмы тахи- или брадиаритмии вплоть до остановки сердца. Это не эпилептический статус, заканчивающийся смертью, это смерть вследствие «церебральной остановки сердца», что трактуется в литературе как SUDEP-синдром (Suddenly – внезапная, Unexpected – непредвиденная, Death – смерть, Epilepsy – эпилепсия, Patient – пациент) – внезапная и непредвиденная смерть пациента с эпилепсией, которая может быть у детей и у взрослых (Opeskin K., 2009, С.К. Евтушенко, 2010).

**Выводы.** Полученные данные подтверждают тезис, что коррекция сердечного ритма только кардиогенными средствами не всегда достаточно эффективна. В лечении инсультов, связанных с парадоксальной эмболией, имеются существенные особенности, которые связаны: с одной стороны – с терапия самого острого инсульта, с другой стороны – нарушением кардинальной гемодинамики, с третьей – предотвращение повторной эмболии.

*Евтушенко С.К.<sup>1</sup>, Евтушенко О.С.<sup>1</sup>, Кутякова Е.И.<sup>1</sup>, Перепечаенко Ю.М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Республиканский клинический центр нейрореабилитации,

<sup>2</sup>Республиканская детская клиническая больница, Донецк, ДНР

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕСИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ**

**Актуальность.** Увеличение пациентов, выживших после мозговой катастрофы (травматического или нетравматического генеза), приведшей к коматозному состоянию в первые дни заболевания, а далее к вегетативному состоянию (ВС).

**Цели.** Сочетанное применение медикаментозной и немедикаментозной (акупунктуры) терапии в восстановлении когнитивных, речевой и двигательных функций у больных с последствиями ВС.

**Материалы и методы.** В течение последних 20 лет в центре пролечено 18 детей в возрасте 3-17 лет. Из них — 10 детей с последствиями энцефалита, 1 ребенок после утопления, 7 детей с последствиями тяжелых автодорожных черепно-мозговых травм. Разработана методика комплексной реабилитации больных с последствиями ВС, включающая сочетанное применение медикаментозных и немедикаментозных средств, в которой ключевую роль играет акупунктура (скальп-, аурикуло- и мезотерапия).

Пациенты поступали на реабилитацию спустя 2-4 месяца с момента выхода из комы (большинство из реанимационного отделения) с грубым неврологическим дефицитом в виде ограничения контакта, глубокого тетрапареза, выраженных нарушений моторной и выделительной функций. У 5 больных отмечались единичные судорожные пароксизмы. Часть больных поступали в центр с назо-гастральным зондом ввиду нарушения функции глотания. Все пациенты при первичном поступлении проходили обязательное обследование: картирование ЭЭГ, что позволяло при необходимости — навязывать больному утраченный возрастной ритм, транскраниальная доплерография церебральных сосудов, электронейромиография, ЭХО-кардиография, ЭКГ, УЗИ внутренних органов, повторные анализы крови и мочи.

Ежедневно проводились сеансы синглетно-кислородной терапии в сочетании с введением вазоактивных препаратов (1% раствор никотиновой кислоты, цитофлавин или актовегин) и проведением краниопунктуры: для восстановления сознания — Т14, Т20, оптическая зона, психомоторная зона, вестибуло-кохлеарная зона, рино-фарингеальная зона; для устранения двигательных нарушений. Стимуляция речевой и когнитивных функций осуществлялась воздействием по точкам и зонам: Т14, Т20, Т24, психомоторная зона, психоаффективная зона, зона психических заболеваний, зоны речи I, II и III. Для аурикулотерапии применяли ежедневно 2-3 иглы на доминантное ухо. В реабилитации использовались ноотропные препараты (кортексин, дельталицин, гамалате В6, пантокальцин), а при необходимости антиконвульсанты (депакин, габапентин, кеппра). У пациентки с амблиопией проводилось ежедневное парабульбарное введение идринола (мельдония). Занятия с логопедом позволили уменьшить спастичность языка, что способствовало появлению активной речи.

**Результаты.** Положительная динамика разной степени отмечалась у всех больных, что выражалось в улучшении концентрации внимания, появлении предвестников речи, снижении спастичности мышц паретичных конечностей. У пациентки с амблиопией улучшилась контрастность восприятия цветов, появилось частичное зрение.

Формирование стойких моторных навыков в виде самостоятельной ходьбы, тонких точных движений в кистях у 12 пациентов (50%) происходило спустя 1,5-2 лет с начала реабилитации.

*Евтушенко С.К.<sup>1</sup>, Фомичева Е.М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького»

<sup>2</sup>Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

## **АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

**Актуальность.** Перинатальные поражения центральной нервной системы у детей являются статистически наиболее частой неврологической патологией детей первого года жизни и активно изучаются в различных аспектах. Чаще всего приходится сталкиваться с такими диагнозами как энцефалопатия, гипоксическая или гипоксичеки-ишемическое поражение ЦНС. Патоморфологический характер поражения при этом различный: субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние, геморрагический инфаркт, субкортикальная лейкомаляция, пентосубикулярный некроз, псевдокисты головного мозга и др. Именно к одной из таких форм относится «перивентрикулярная лейкомаляция».

**Цель.** Выявить сочетание перивентрикулярной лейкомаляции и других поражений головного мозга у детей первого года жизни и определить оптимальные методы их реабилитации.

**Материал и методы.** В Центре регулярно получают лечение 87 детей (57 мальчиков, 30 девочек), с признаками перивентрикулярной лейкомаляции по данным МРТ. По нозологическим группам дети, распределились следующим образом: врожденные аномалии головного мозга – 17 детей; ДЦП: двойная гемиплегическая форма – 25 человек, диплегическая форма – 15 детей; синдром двигательных нарушений, задержка стато-моторного и психо-речевого развития отмечалась у 30 детей. У детей отмечались выраженные двигательные нарушения в виде спастических и смешанных тетрапарезов, выраженная задержка моторного и психо-речевого развития.

Особое значение приобретает проблема дифференциальной диагностики выявляемых поражений белого

вещества головного мозга. Белое вещество больших полушарий головного мозга является наиболее ранимым к воздействию различных патологических факторов и в нем возникает не только перивентрикулярная лейкомаляция, но и другие поражения. Клинические проявления при этом имеют разнообразный по степени тяжести характер: от легких психомоторных задержек развития детей раннего возраста до выраженных отклонений в виде церебрального паралича, приводящего к инвалидизации ребенка.

Достоверная диагностика является залогом в дальнейшем адекватно назначенного медикаментозного и не медикаментозного лечения. И особенно это важно на этапе ранней реабилитации у детей до года. Выявление пороков развития головного мозга у детей с церебральным параличом в как можно более ранние сроки жизни позволяет определить прогноз дальнейшего развития ребенка, определить его реабилитационный потенциал и назначить поэтапную комплексную терапию, включающую медикаментозные и немедикаментозные средства.

**Выводы.** В задачи реабилитации входит: выработка у ребенка образцов движений, способствующих нормализации мышечного тонуса, предупреждение формирования патологических поз, аномального мышечного тонуса и движений, развития контрактур и деформаций, обучение родителей методам лечебного ухода и доступным лечебно-коррекционным мероприятиям.

*Еремушко С.И., Масловская Т.М.*

Государственная служба «Алчевская городская санитарно-эпидемиологическая станция» Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики

### **АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ ПЕРЕВАЛЬСКОГО РАЙОНА ЛНР**

Профессиональные заболевания – особая категория болезней, возникающих исключительно или преимущественно при воздействии на организм профессиональных вредностей. Причинная связь заболевания с воздействием неблагоприятных факторов производственной среды выдвигает на первый план необходимости анализа производственно-профессиональных вредностей.

Промышленность района в основном представлена предприятиями угольной промышленности, которые составляют более 70% предприятий, в том числе 5-ю шахтами с численностью работающих более 7 тысяч человек.

Нами, проведено анализ профессиональной заболеваемости рабочих угольных предприятий района за ряд лет, в количестве более 360 случаев.

Проводя анализ причин возникновения профзаболеваний у рабочих угольной промышленности, следует отметить две основные причины : технические и медицинские. На первый план среди причин возникновения профзаболеваний выступают технические причины, которые привели к ухудшению состояния производственной среды. По данным Н.Ф. Измерова, А.А. Александровой (1988), данная группа причин по шахтам Донбасса составляет от 75-80 %.

Одним из факторов, сдерживающих улучшение условий труда шахтеров является сложившаяся практика использования высокопроизводительной техники, не отвечающей санитарно – гигиеническим требованиям, в результате чего на рабочих местах создаются повышенные уровни пылеобразования превышающие ПДК в 50 раз и выше, превышение параметров шума и вибрации до 1,3-1,5 раза, резкое ограничение пространства рабочей зоны, особенно в очистных забоях при разработке маломощных пластов, что обуславливает вынужденную рабочую позу и значительные нагрузки на опорно-двигательный аппарат.

Следует отметить, что большинство случаев профессиональных заболеваний возникли у рабочих шахты, которые в течении длительного периода времени работали в зонах повышенного содержания угольной и породной пыли с содержанием свободного диоксида кремния до 10%, а также при работе на виброинструментах, где параметры вибрации в несколько раз превышают нормативное значения.

Основными причинами роста профзаболеваний среди рабочих шахт района, следует отметить высокие уровни запыленности в горных выработках при различных технологических процессах добычи угля, прохождении горных выработок, транспортировке и пунктах перегрузки угля.

*Ермакова И.Д., Забышный А.А., Першин С.В., Редько А.А.*

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО  
Кафедра стоматологии детского возраста

### **ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста составляет большую проблему для детских стоматологов. Это обусловлено психо-эмоциональными реакциями детей этого возраста на медицинские манипуляции, анатомо-гистологическими и физиологическими особенностями твердых тканей зубов и пульпы, полости рта и детского организма в целом. Наиболее агрессивно кариозный процесс в раннем детском возрасте протекает на фоне порочно развитых твердых тканей. Недоразвитие обусловлено прежде всего патологией беременности, несбалансированным питанием - избытком содержания легко ферментируемых углеводов, злоупотреблением различными жидкостями, в том числе молочными смесями, пролонгированным ночным кормлением грудным молоком и др. Важным фактором является отсутствие ухода за полостью рта. Незрелость тканей зубов, агрессивное течение кариеса требуют особого подхода к проведению лечебных мероприятий.

Цель исследования: провести анализ применяемых методов лечения кариеса зубов у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 180 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, имеющих кариозные зубы. Проводили анализ применения разных методов лечения неосложненного кариеса зубов.

Результаты исследования. Лечение зубов у 100 детей проводилось под общим обезболиванием, у остальных 80 детей лечение осуществлялось с использованием премедикации и местного обезбоживания, путем повышения мотивации и психологической адаптацией детей и родителей. Всем детям подбирали средства и предметы гигиены для полости рта. Родителей обучали проведению индивидуальной гигиены у малышей. У всех детей применяли для повышения кариесрезистентности тканей зубов R.O.C.S. реминерализующий гель с кальцием. Для лечения начального кариеса применяли метод глубокого фторирования в 20% случаев, реминерализующей терапией R.O.C.S. гелем с кальцием в 60% случаев и Tooth-mousse- в 20%. При поверхностном кариесе иногда - в 3% случаев применяли сепарацию апроксимальных поверхностей резцов и клыков с последующим применением реминерализующих препаратов или импрегнации препаратами серебра. В зубах с плоскостным кариесом применяли препараты нитрата серебра и его современный аналог - фтористое серебро (80%), пломбирование неглубоких полостей проводили в 17% случаев. Ни в одном из наблюдаемых случаев не было выявлено осложнений после применения метода импрегнации серебром. Кроме того, стабилизация кариозного процесса наблюдалась в 75% случаев у детей с хорошей гигиеной полости рта при выполнении рекомендаций стоматолога по коррекции питания. Прогрессирование патологического процесса отмечали у детей с плохой гигиеной, родители которых продолжали ночные кормления углеводосодержащими жидкостями. Для лечения среднего и глубокого кариеса применяли метод пломбирования, используя традиционно стеклоиономерные цементы, в том числе современные светоотверждаемые.

Выводы: анализ применяемых методов лечения раннего детского кариеса у детей показал, что для этих целей современные врачи - стоматологи располагают большим арсеналом лечебных технологий и средств. Их выбор обусловлен глубиной и площадью поражения поверхности зуба. Эффективность лечебных мероприятий в значительной степени зависит от соблюдения родителями врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта, режиму и рациону питания.

*Жадан Е.С.<sup>1</sup>, Азаркова Л.Д.<sup>1</sup>, Нагорнюк Г.Г.<sup>1</sup>, Калиберда С.В.<sup>1</sup>, Мельник В.А.<sup>2</sup>, Лыгина Ю.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР.

<sup>2</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

### **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИРОФИЛЯРИОЗОМ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2014-2018 ГГ.**

**Введение.** Дирофиляриоз – трансмиссивный антропозоонозный гельминтоз, основным облигатным хозяином которого являются плотоядные млекопитающие (собаки, коты, лисицы и т.д.), распространенный в тропических и субтропических регионах планеты, а также в большинстве стран Европы. Этому способствует наличие диких плотоядных, бездомных собак и высокая численность промежуточных хозяев (комары рода *Culex*, *Aedes*, *Anopheles* и др.). Заболеваемость дирофиляриозом в Донецком регионе начала регистрироваться с 1986 г., когда стали выявляться единичные случаи среди местного населения и имеет тенденцию к распространению как во многих странах Европы, так и в Донецкой Народной Республике.

**Цель.** Оценить эпидемиологическую ситуацию заболеваемости дирофиляриозом в Донецкой Народной Республике (ДНР) и выделить основные санитарно-профилактические меры, направленные на обеспечение эпидемического благополучия по данной инвазии.

**Материалы и методы.** По материалам отделения медицинской паразитологии с лабораторией Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости дирофиляриозом в ДНР за 2014-2018 гг. среди детского и взрослого населения.

**Результаты.** Согласно полученным статистическим данным с 2014 по 2018 год на территории ДНР выявлено 24 случая заболевших с дирофиляриями (*Dirofilaria immitis*). Среди выявленных заболевших было 14 женщин (58,4%) и 10 мужчин (41,6%). Возраст больных варьировал от 14 до 80 лет. Случаи отмечены в 8 регионах республики.

Гельминты у людей были удалены из: глаз – 5; шеи – 2; передней дужки миндалин – 1; верхней челюсти (десна) – 1; молочной железы – 6; верхних конечностей – 4; нижних конечностей – 4; ЖКТ (слепая кишка) – 1; паховой области – 1.

Выявить источник дирофиляриоза не удалось. Однако, результаты опроса больных и проведенного анализа свидетельствуют о том, что все заболевшие жители Донецкой Народной Республики связывают свое заболевание с пребыванием в природных условиях (рыбная ловля, отдых в лесу или возле водоемов) в летний период. Именно в этот период отмечается высокая численность комаров, которые являются переносчиками этой болезни. Так, с 2014 года по настоящее время среднесуточный показатель численности личинок *Culex*, *Aedes*, *Anopheles* составил от 13 до 25 экземпляров на 1 м<sup>2</sup>.

**Выводы.** Таким образом, ситуация по дирофиляриозу в ДНР требует организации комплексных мероприятий по выявлению источников инвазии, снижению численности переносчиков возбудителей дирофиляриозов, усилению мер по защите населения от укусов комаров, а также правильному содержанию собак, своевре-

менному их осмотру ветврачами и лечению. Профилактика заражения паразитом основного хозяина, а именно - собак, является наиболее важным направлением профилактики диروفилариоза среди людей.

*проф. д.м.н. Железная А.А., Лулева Н.Н., Тараторина А.А., Ширинова Д.А., Шкредова К.М., Шаров К. В.*  
Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО  
зав. кафедрой проф. Чайка В.К.

## **АКУШЕРСКИЕ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ДОРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ**

### **АКТУАЛЬНОСТЬ:**

Распространенность преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) составляет 1 случай на 100-200 беременностей и имеет тенденцию к росту. Отслойка плаценты является основной причиной материнской заболеваемости и связана с самым большим риском перинатальных потерь. Данная патология часто является причиной массивных кровотечений, что может привести к материнской смертности. Дети, родившиеся от матерей с ПОНРП, имеют высокий риск развития неврологической патологии, так как страдают от тяжелой гипоксии.

### **ЦЕЛИ:**

Определить главные аспекты акушерской и анестезиологической помощи у беременных с отслойкой плаценты и дородовыми кровотечениями (ДРК), учитывая гестационный срок, а также тактику оказания помощи плоду и новорожденному.

### **МЕТОДЫ:**

Учитывая литературные данные, а также ретроспективный анализ 200 историй родов ДРЦОМД из которых 5 беременных имели отслойку плаценты до 37 недель беременности. Из них в 1 случае выполнена простая экстирпация матки с маточными трубами (матка Кувелера, антенатальная гибель плода), и в 4 случаях кесарево сечение в сроке от 29 недель до 34 недель.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ:**

Одной из основных причин ДРК является отслойка плаценты. Острое ДРК отмечается в 3-5% случаев. При большом и массивном ДРК до доступности гемотрансфузии следует ввести до 3,5л кристаллоидов (избегая гипертонических) и/или 1-2л коллоидов. Свежезамороженная плазма (СЗП) вводится из расчета 4 единицы на каждые 6 единиц эритроцитарной массы или 12-15 мл/кг, но не более 1л. Большой объем замещающей жидкости приводит к дефициту факторов свертывания крови и к развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром). В таких случаях проводится эмпирическое лечение - 1л СЗП и 10 единиц криопреципитата при известных показателях коагуляции - введение факторов свертывания. Такое эмпирическое использование СЗП и криопреципитата соответствует рекомендациям Британского комитета по стандартам в области гематологии. Реанимация плода может быть достигнута путем поддержания маточно-плацентарного кровообращения. При нестабильном состоянии матери и плода, требующего интенсивной терапии или реанимационных мероприятий, необходимо срочное родоразрешение путем кесарева сечения. Новорожденные дети от матерей с ПОНРП могут быть подвержены реанимационной помощи, т.к имеют риск развития тяжелых состояний связанных с перенесенной острой или хронической гипоксией. Прогностически неблагоприятные последствия ожидают детей с малым гестационным сроком т.к на фоне гипоксии развиваются тяжелые нарушения гемодинамики, дыхательные расстройства, нарушения кровообращения в церебральных сосудах и как следствия развития кровотечений. При интранатальной смерти предпочтительней вагинальные роды, но в случае, массивного кровотечения, нестабильного состояния пациентки, при акушерских показаниях необходимо провести кесарево сечение. Следует помнить, чем дольше плод находится в матке, тем больше риск развития ДВС-синдрома. При выраженной гиповолемии предпочтение отдается общей анестезии с интубацией трахеи. Кетамин и этиomidат на индукцию предпочтительны при шоке, тиопентал натрия и пропофол следует использовать осторожно из-за кардиосупрессивного и вазолитического эффекта. Эпидуральная или спинальная анестезия проводятся при стабильной гемодинамике, нормальном волемическом статусе, отсутствии коагулопатии у матери.

### **ВЫВОДЫ:**

Преждевременная отслойка плаценты и ДРК - проблема комплексного подхода специалистов разных отраслей: акушерства, анестезиологии, неонатологии. Приемственная своевременная адекватная помощь может не только минимизировать риск акушерских и гинекологических потерь, но и привести к благоприятному исходу как для матери, так и для ребенка.

*Жидких Т.Н.*

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

## **К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Проблема качества образования возникла вместе с самим феноменом. Современное понимание качества образования ученые связывают с достижением качества усвоенных знаний, качества обучения и воспитания, повышением уровня развития способностей личности, готовностью выпускника вуза к жизни в социуме.

В связи с этим считаем необходимым отметить, что качество образования в высшем учебном заведении зависит от качества учебных программ, программ предоставления дополнительных образовательных услуг;

качества профессиональной квалификации профессорско-преподавательского состава и административного персонала образовательной организации; качества учебной, научной, организационной, методической работы преподавателей по решению существующих проблем учебно-воспитательного процесса; качества материально-технического обеспечения жизнедеятельности образовательной организации и т. д.

Следует отметить, что профессорско-преподавательский коллектив является ключевым элементом образовательной организации, который проявляет себя не только как исполнитель определенных обязанностей (научно-педагогические работники, заведующие отделениями, кафедрами, творческие группы, методические объединения, лекторы и т. п) или определенной функции - образования. Каждый сотрудник вуза проявляет заинтересованность на нескольких уровнях: социокультурном (как его работа меняет общество в целом); коллективном (как его работа отражается на деятельности образовательной организации); индивидуальном (как организована его работа, в каких условиях он работает).

Наряду с этим следует учитывать и высокую степень ответственности научно-педагогического коллектива вуза за результаты образовательной деятельности. Для повышения эффективности преподавания часто цели и задачи формулируются не только руководством образовательной организации, но и научно-педагогическими работниками, что, естественно, позволяет в образовательном процессе сконцентрироваться на достижении целей образовательной организации, развитии профессиональных и социально-личностных компетенций. В этом случае особенностью управления качеством образования становится вопрос не столько управления научно-педагогическим персоналом, сколько организации его самоуправления, так как научно-педагогический работник, как работник интеллектуального труда, самостоятельно принимает множество решений, связанных с качеством образования.

Считаем необходимым отметить различия в понимании «качества образования» с позиции органов управления образованием (МОН ДНР, городские органы управления образованием и др.) и профессорско-преподавательского состава вуза. Так, если органы управления в основном ориентированы на результат, то профессорско-преподавательский состав, прежде всего, обращает внимание на качество реализации процесса образования, условия его осуществления. Однако, очевидным является тот факт, что главным критерием в предоставлении качественных образовательных услуг является качество, которое выражается в совокупности сформированных компетенций студентов, приобретаемых в процессе учебной деятельности.

Как показывает анализ научно-педагогической литературы по управлению качеством образования успех в любой сфере деятельности существенно зависит от активных и опытных руководителей. Сегодня появляется новая генерация руководителей образовательных организаций – все более массовым становится тип руководителя-менеджера (в отличие от традиционного руководителя-педагога). Такие руководители четко понимают три золотые истины: первая – невежество стоит денег и очень дорого обходится; вторая – качество приносит доход (т. к. связано с резким снижением издержек) и создает устойчивую экономическую стабильность и авторитет; третья – главное достояние – это люди как внутри учебного заведения, так и за его пределами.

Таким образом, в теории и практике управления качеством образования акцент делается на кадровую политику, ответственность руководителей, а также снижение затрат на подготовку специалистов, способных к высокоинтенсивному труду, подготовленных к творческой деятельности, к осуществлению непрерывного образования. Это, в свою очередь, требует нового подхода к разработке системы управления качеством и ее внедрения, поскольку сегодня качество становится политической, экономической и нравственной категорией.

**Жук А.В.**

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская детская клиническая больница

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Цель исследования: изучить особенности клинической картины и течения реактивного артрита (ReA) у детей с проявлениями синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (СНДСТ).

Материалы и методы: изучены истории болезней 42 детей с ReA в возрасте от 1 года до 14 лет. Все пациенты имели признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ) оценивались на основании критериев Кадуриной Т.И.

Результаты исследования: структура и частота признаков СНДСТ у детей с ReA была следующей: высокое небо было обнаружено у 28 больных (66,6%), гипермобильность суставов у 30 больных (71,4%), сколиоз у 20 больных (47,6%), деформация грудной клетки у 20 больных (47,6%), плоскостопие у 18 больных (42,9%), гиперрастяжимость кожи у 8 больных (33,3%), а миопия у 8 (19%). Наибольшее количество пациентов было со II степенью НДСТ - 17 больных (40,5%), с I степенью 11 больных (26,2%), а с III - 14 (33,3%). Были обнаружены аномалии строения внутренних органов: малые аномалии развития сердца – у 29 больных (69,1%), анатомические аномалии желчного пузыря – у 20 больных (47,6%), диспластические изменения со стороны мочеполовой системы – у 11 больных (26,2%). Частота поражения суставов при I степени СНДСТ была следующей: коленные – 30 больных (80,1%), голеностопные – 19 больных (45,2%), тазобедренные суставы и суставы стоп не поражались, а суставы рук у 8 больных (19%); при II степени: коленные – у 37 больных (88%), голеностопные – у 15 больных (35,7%), тазобедренные – у 7 больных (16,6%), а суставы рук и стоп у 10 больных (23,8%); при III степени частота поражения

суставов была следующей : коленные – у 34 больных (81%), голеностопные – у 6 больных (14,3%), тазобедренные – у 12 больных (28,6%), а суставы рук и стоп у 15 больных (35,7%).

Выводы: Таким образом, РеА у детей на фоне СНДСТассоциируется с множественными диспластически обусловленными внешними и висцеральными аномалиями, что требует углубленного обследования пациентов и комплексного индивидуального подхода для выбора оптимальной лечебной тактики. Особенности суставного синдрома при РеА у детей с СНДСТ явилась частота поражения тазобедренных суставов, особенно у детей младшего возраста, длительность болевого синдрома, склонность к рецидивированию у части детей с дизморфизмом.

Указанные особенности необходимо учитывать при диагностике артрологической патологии, т.к. РеА выходит за рамки ограниченной органоспецифической проблемы.

**Жуков М.И., Стефкивская О.В.**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО

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

Клиника пластической, реконструктивной и эстетической хирургии «Клиника доктора Жукова»

### **СИМУЛЬТАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

Цель. Применение одномоментного хирургического вмешательства для осуществления коррекции деформации передней брюшной стенки и увеличения молочных желез.

Материалы и методы. В клинике, в период с 2015 по 2017 гг. прооперировано 6 пациенток в возрасте 25 – 43 года, с жалобами на комбинированные изменения живота и молочных желез. Разработана и опробована методика и оперативная техника симультанной коррекции через трансабдоминальный доступ, с возможностью увеличения молочных желез и абдоминопластики.

Особенностью предоперационного периода являлось:

Определение уровня новых инфрамаммарных складок, в связи с их низведением за счет натяжения тканей передней брюшной стенки и иссечения избытка дермалипидного лоскута.

Расчет коэффициента определения уровня локализации новой инфрамаммарной складки по данным объема натяжения передней брюшной стенки.

Таким образом, побочным эффектом понижения инфрамаммарной складки при симультанной операции является компенсация, либо уменьшение степени птоза молочных желез при его наличии. Данный аспект помогает исключить необходимость применения мастопексии, в то время, когда автономная аугментация их подразумевает.

Результаты и обсуждения. Симультанная операция расширяет спектр возможностей хирурга и имеет ряд преимуществ:

Выполнение операции производится через единый трансабдоминальный доступ, без дополнительных разрезов в области молочных желез.

Возможность одномоментной коррекции двух крупных эстетически важных областей (молочные железы и передняя брюшная стенка).

Возможность компенсации или снижения степени птоза молочных желез.

Сокращение длительности операции и наркоза за счет одного оперативного вмешательства.

Положительный психологический фактор, сокращение общих сроков реабилитации, объема медикаментозного обеспечения.

Выводы. Применение трансабдоминального доступа с целью симультанной коррекции деформации передней брюшной стенки и увеличения молочных желез, является вариантом выбора с возможностями коррекции практически всей передней поверхности туловища, требует оценки индивидуальных особенностей пациентки.

**Заславский А.С., Пенина Г.О.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей», ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина», ГУ РК «Коми республиканская больница»

### **СОВОКУПНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОНМК В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ. НОВЫЕ ДАННЫЕ**

Целью настоящей работы являлось изучение демографических показателей, структуры и факторов риска мозгового инсульта по данным территориально-популяционного Регистра инсульта Республики Коми. Проспективное исследование инсульта в республике мы проводим в течение 10 лет, аналогичные работы ранее не проводились.

**Материалы и методы.** Методом поперечного исследования нами проанализированы все случаи острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), внесенные в территориально-популяционный Регистр инсульта Республики Коми в течение 2017 года.

**Результаты и обсуждение.** За период наблюдения (январь 2017 г. – декабрь 2017 г.) в Регистр внесено 2108 человек с установленным диагнозом ОНМК. Средний возраст пациентов с инсультом составил  $65,4 \pm 12,5$  лет. Среди них 66 человек (3,1%) было в возрасте до 40 лет. В возрасте 41 – 60 лет инсульт в течение 2017 года пе-

ренесло 659 пациентов (31,3%). Старше 60 лет 65,6% больных с инсультом. Среди изучаемых пациентов с ОНМК незначимо преобладают мужчины (1062 человека, 50,4%), гендерный индекс 1,02:1. Средний возраст мужчин с ОНМК составил, по данным Регистра инсульта,  $61,8 \pm 11,7$  года, средний возраст женщин –  $69 \pm 12,5$  лет, т.е. женщины достоверно старше ( $p < 0,001$ ). Пациенты с геморрагическим инсультом (САК, внутримозговые кровоизлияния) составили 14,7% от числа пациентов за весь период наблюдения. Пациенты, перенесшие ишемический инсульт – 81,6%. Остальные пациенты перенесли инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт. Соотношение церебральных ишемий и геморрагий среди пациентов Регистра составило, таким образом, 5,57:1, со статистически значимым преобладанием ишемических ОНМК ( $p < 0,001$ ). Первичные пациенты составили 68,1% от общего числа больных с инсультом, повторные ОНМК были зафиксированы у 422 пациентов. Среди пациентов с повторным ОНМК 219 (51,9%) женщин и 203 мужчины, гендерный индекс 1,08:1 ( $p < 0,05$ ). Среди повторных инсультов пациенты с церебральной ишемией составили 85,5%, ишемические ОНМК отмечены практически в 10 раз чаще, нежели геморрагические.

По имеющимся в регистре данным, пациенты, выжившие в течение 21 дня, составили 73,5%, умершие – 18,6%, остальные были выписаны из стационаров ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составляют 20,2% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом. Изучение данных о распределении по месяцам показывает, что больше всего пациентов с ОНМК в течение года отмечено в январе (204 человека), наименьшее же число отмечается в декабре (150 человек), различия между месяцами достоверны с  $p = 0,0027$ . Оценка сезонности распределения выявила, что значимо ( $p < 0,05$ ) большее число пациентов с ОНМК регистрируется в осенний период (25,5%). Зимой, наблюдается достоверное (по сравнению с осенью,  $p < 0,05$ ) снижение количества больных с ОНМК. Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с инсультами значимо ( $p < 0,001$ ) преобладает артериальная гипертензия, отмеченная у 2003 пациентов (95%). Сопутствующие заболевания сердца выявлены у 46,4% больных с инсультом. Дислипидемические нарушения обнаружены у 55,6% больных. Курение как фактор риска отмечено у 31,1%. Мерцательная аритмия встречалась у 20,6% пациентов. У меньшего количества пациентов (19,7%) отмечался сахарный диабет. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у 11,5% пациентов с инсультом. Связь заболевания с перенесенным стрессом отмечает только 11,6% больных, в то время как связь заболевания с приемом алкоголя отмечают только 5,6%.

**Выводы.** Таким образом, оценка данных территориально-популяционного Регистра инсульта Республики Коми, показала, что среди них 65,6% - лица пожилого и старческого возраста. Среди изучаемых пациентов с ОНМК незначимо преобладают лица мужского пола, и они достоверно младше ( $p < 0,001$ ). У пациентов республики чаще отмечены ишемические ОНМК ( $p < 0,001$ ). Первичные пациенты составили 68,1% от общего числа больных с инсультом. В январе наблюдается достоверное увеличение числа больных с инсультом, по сравнению с декабрем. Осенью наблюдается достоверное (в сравнении с зимой) увеличение числа пациентов с ОНМК ( $p < 0,05$ ). Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с инсультами значимо ( $p < 0,001$ ) преобладает артериальная гипертензия.

*Землянская А.В., Филимонов Д.А., Евтушенко С.К., Дюба Д.Ш., Марусиченко Е.А.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики

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

### **ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫХ СПИНОЦЕРЕБЕЛЛЯРНЫХ АТАКСИЙ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

**Введение:** спиноцеребеллярные атаксии (СЦА) – группа наследственных заболеваний, характеризующихся преимущественно дегенерацией мозжечка и проводящих систем спинного мозга, значительной вариабельностью дебюта заболевания и большим количеством атипичных форм. Развитие большинства форм аутосомно-доминантных СЦА связано с экспансией CAG повтора в ядерной ДНК и накоплением в нейронах убиквитинированных полиглутамин-содержащих белковых агрегатов. Без применения молекулярно-генетических методов верификация конкретной нозологической формы СЦА крайне затруднительна, однако, некоторые формы имеют специфические нейровизуализационные маркеры.

**Цель исследования:** описание клинического случая СЦА I типа с поздним дебютом заболевания и наличием специфических МР-томографических маркеров.

**Материалы и методы:** история болезни пациентки 58-ми лет, проходившей обследование и лечение в клинике ангионеврологии ИНВХ им. В.К. Гусака.

**Результаты:** пациентка поступила в клинику в ноябре 2017г. с жалобами на выраженную шаткость при ходьбе, нарушение мелкой моторики пальцев рук и кистей, нечеткость речи, недержание мочи, нарушение сна с частыми пробуждениями и непроизвольными вскрикиваниями. Впервые шаткость появилась в 2014г. в виде отдельных эпизодов с постепенно нарастающей частотой. В анамнезе – язвенная болезнь желудка, артериальная гипертензия. Неоднократно проходила курсы нейрометаболической терапии без положительной динамики. В 2015г. пациента впервые отметила возникновение тазовых нарушений, расстройство речи. Летом 2016г. перенесла перелом правой голени, не имела возможности самостоятельно передвигаться на протяжении 3,5 месяцев. Течение заболевания – прогрессивное, с 2017г. передвигается на ходунках из-за выраженной атаксии. В неврологическом статусе обращает на себя внимание грубая туловищная атаксия, гиперрефлексия с акцентом справа, асинергия Бабинского, мышечная гипотония, положительная проба Шильдера при отсутствии снижения

мышечной силы. По результатам лабораторных, функциональных методов исследования значимых отклонений не выявлено. При выполнении МРТ головного мозга (Клиническая Рудничная больница г. Макеевки) описан характерный преимущественно для СЦА I типа симптом «креста» – расширение субарахноидальных пространств полушарий и червя мозжечка, истончение средней ножки мозжечка, расширение IV желудочка, большой цистерны, цистерн ствола. Проводилась дифференциальная диагностика с паранеопластической дегенерацией мозжечка, фуникулярным миелозом. Сочетание характерных МР-томографических маркеров, признаков поражения мозжечка и пирамидных путей при отсутствии когнитивных нарушений позволили с высокой долей достоверности установить клинический диагноз: аутосомно-доминантная спиноцеребеллярная атаксия I типа. Пациентка была направлена в Медико-генетический научный центр (г. Москва) на исследование наиболее частых мутаций в гене ATXN1.

Выводы: приведенный случай демонстрирует возможность нозологической диагностики наследственных спиноцеребеллярных атаксий с использованием радиологических методов исследования.

**Зув К.А.**

к. филос. н., доцент кафедры социально-гуманитарных дисциплин ГО ВПО «ДонНУЭТ»

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЕЙС-ЗАДАНИЙ**

Особенность работы преподавателя, практикующего кейс-метод, заключается в том, что он не только реализует максимально свои способности, но и развивает их. Основное содержание деятельности преподавателя включает в себя выполнение нескольких функций — обучающей, воспитывающей, организующей и исследовательской. Кейсы используются в конце изучения больших тем, чаще всего предлагаются на уроках повторения, обобщения и систематизации знаний.

Эффективность деятельности преподавателя, реализующего метод case-study в своей педагогической практике, связана с воплощением ряда принципов: - принцип многообразия и эффективности дидактического арсенала, который предполагает овладение дидактикой, ее принципами, приемами и методами, целенаправленное их использование в учебном процессе; - принцип партнерства, сотрудничества со студентами, базирующийся на признании студентов партнерами в образовательной деятельности, на взаимодействии и коллективном обсуждении ситуаций; - принцип смещения роли преподавателя с трансляции и «разжевывания» знаний к организации процесса их добывания – снижение роли преподавателя как единственного «держателя» знаний, возрастание его роли как эксперта и консультанта, помогающего студенту ориентироваться в мире научной информации; - принцип впитывания достижений педагогической науки, опыта, накопленного коллегами – психологическая и педагогическая обоснованность, формулировка не только образовательных, но и воспитательных целей существенно отличает преподавателя, реализующего метод case-study, от преподавателя, использующего классические методы обучения; - принцип творчества, который предполагает превращение кейса и занятия с его применением в индивидуально неповторимый творческий продукт - метод case-study значительно расширяет пространство творчества, охватывающего деятельность по созданию кейса как уникального интеллектуального продукта, проектирование процесса обучения, совершенствование технологии его преподавания, вовлечение в творчество студентов, усиление роли творческой импровизации в ходе обучения и т.п.; - принцип прагматизма, ориентирующий на четкое определение возможностей того или иного кейса, планирование результатов обучения с точки зрения формирования у студентов навыков анализа ситуации и выработки моделей поведения в ней.

Деятельность преподавателя при использовании метода case-study включает в себя две фазы.

Первая фаза представляет собой сложную внеаудиторную творческую работу по созданию кейса и вопросов для его анализа, состоящую из научно-исследовательской, конструирующей и методической частей. Особого внимания заслуживает разработка методического обеспечения самостоятельной работы студентов по анализу кейса и подготовке к обсуждению, а также методического обеспечения предстоящего занятия по его разбору. Чем более четкой, но малозаметной, недоминантной является роль преподавателя в аудитории, тем основательнее подготовительную работу он осуществил.

- Составление кейса (преподаватель может использовать и готовые кейсы), т.е. обдумывание темы и собирание информации, систематизация материала, продумывание примерного плана обсуждения, дополнительные вопросы для активизации дискуссии, проанализировать готовность конкретной группы к такой работе. Источниками служат материалы учебников, хрестоматий, исторические сайты Интернета; - определяется вид кейса: печатное, видео, аудио, мультимедиа, компьютерное и программное обеспечение, тем более, что обилие исторических материалов позволяет разнообразить форму кейса; - подготовить в достаточном количестве тексты кейса (на разных носителях – на диске, CD или в виде твердой копии), чтобы каждый студент мог хотя бы за несколько дней получить его для самостоятельной работы (знакомство с кейсами может происходить также непосредственно на занятии) – прочитать и изучить кейс, привлекая к этому материалы лекционного курса и другие самые различные источники информации, анализируется материал; - определить сроки выполнения задания; - ознакомить студентов с системой оценивания решения кейсов; - продумать материально-техническое обеспечение работы учебной группы (аудитория, мебель, технические средства и т.п.); - продумать распределение времени (особенно на работу в аудитории); - проведение консультаций.

Для хорошей подготовки к обсуждению в аудитории необходимо решить процедурные проблемы: порядок и регламент выступлений, вопросов и ответов. Студенты должны получить ответы на такие вопросы:

- Как включиться в процесс обсуждения?
- Какие формы взаимодействия со студентами и преподавателям использовать?
- Какую роль (роли) избрать и как их играть?
- Как быть инициативным?

Вторая фаза включает в себя деятельность преподавателя в аудитории при обсуждении кейса, где он выступает со вступительным и заключительным словом (роль ведущего), организует дискуссию или презентацию, поддерживает деловой настрой в аудитории, оценивает вклад студентов в анализ ситуации (это моменты, когда ситуация полностью находится в руках преподавателя, но не доминирующая – «невидимая рука»). Часто бывает целесообразно до анализа кейса в аудитории встретиться с несколькими участниками перед занятием, чтобы рассмотреть с ними данные, сравнить анализы и обсудить стратегии. Именно тогда можно подвергнуть испытанию и усовершенствовать выбор стратегий, а также исследовать и обогатить понимания проблем данной ситуационной модели через восприятие других людей.

- Вступительное слово преподавателя, при представлении кейса на занятии целесообразно использовать доску, слайды, плакаты, «вещественные доказательства»; - проверяется знание студентами содержания ситуации (например, предлагает им воспроизвести хронологию событий, имена участников события и т.п.), состав группы должен быть однородным, т. е. у обучающихся должен быть примерно одинаковый уровень знаний; - определяются проблемы (вопросы), которые становятся предметом обсуждения и решения, поддерживает дискуссию; - располагать места для участников дискуссии таким образом, чтобы все могли легко видеть и слышать друг друга. Наилучшим вариантом есть расположение в форме подковы или по кругу. Распределение студентов по малым группам (не более 4-6 человек в каждой). Формирование подгрупп студенты осуществляют самостоятельно, на добровольной основе. Предпочтение отдается четному числу участников. Каждая подгруппа должна выбрать своего ответственного, который бы координировал ее работу. Размещение студентов в подгруппе должно быть таким, чтобы у каждого обучающегося был потенциальный собеседник; - работать над кейсом в условиях строгой дисциплины нельзя, так как во многом это процесс творческий. Преподаватель должен лишь координировать работу студентов. В каждой подгруппе нужно создавать условия самодисциплины и самоорганизации. Одна из задач преподавателя заключается в обучении студентов культуре общения и ведения дискуссии. Отношения между преподавателем и студентами должны быть партнерскими. Атмосфера на занятиях должна быть творческой; - презентация решений в малых группах, преподаватель фиксирует ответы, определяет докладчиков. Основные пункты дискуссии, записанные на доске служат как своеобразная коллективная память группы, которая связывает между собой разные темы обсуждения, вызывает у участников дискуссии чувство солидарности и продвижения вперед, это и контрольный механизм для преподавателя – создается порядок, структура, значимость обсуждаемых тем; - должен подходить к подгруппам, слушать ход обсуждения, иногда воодушевлять обучающихся, но ни в коем случае не делать никаких комментариев относительно правильности решения. Преподаватель должен занимать нейтральную позицию. Преподаватель выполняет здесь лишь две функции: регулирующую и корректирующую ситуацию, т. е. если обсуждение проходит неинтересно, нужно уметь направить его в нужное русло, в случае необходимости – уметь снять напряжение в группе.

Преподавателю нужно избегать преподавательских ловушек, которые сводятся к тому, что возникает желание детально объяснить ситуацию, ускорив анализ, студенты сами должны дорасти интеллектуально до решения ситуации. Знания они должны приобретать, а не получать.

Обсуждение в аудитории нужно концентрировать вокруг трех позиций:

- проблемы, которые содержатся в кейсе;
- альтернативы, направленные на решение этих проблем;
- рекомендации относительно деятельности в данной ситуации;

Преподаватель организует подробное групповое обсуждение содержания кейса – организация общей дискуссии, происходит выработка нескольких решений, участники или подгруппы презентуют свои решения – результаты могут быть оформлены в виде мини-проекта, письменной работы, устного выступления или электронной презентации. В свою очередь, письменная работа может быть представлена в форме конспекта, таблицы или тезисов. В решениях, представленных студентами, необходимо отметить сильные и слабые стороны; поддерживает чувство времени, которое подсказывает преподавателю, что обсуждение продолжается слишком медленно или слишком быстро, поэтому следует оптимизировать учебный процесс; обобщает выступление преподавателя, совместно с обучающимися подводят итоги, делают выводы, выбирается наиболее оптимальное, эффективное решение (возможно несколько решений). Для этого следует вернуться к теоретическому материалу и напомнить его студентам, нужно указать название темы или раздела, которые были закреплены с помощью данного кейса. Далее следует сказать, что было предпринято в реальной ситуации, указав при этом, что решения, принимаемые в практической ситуации, не всегда бывают наиболее оптимальными; оценивает студентов преподавателем. При использовании кейс-метода лучше не выставлять оценки по балльной системе – достаточно отметить степень участия студентов в работе. Для выявления уровня подготовленности каждого обучающегося дополнительно к кейсу используется метод тестирования по завершении изучения темы.

Кейс как пакет документов для работы студентов:

предъявление темы урока, проблемы вопросов задания; подробное описание спорных ситуаций; сопутствующие факты, положения, варианты, альтернативы; учебно-методическое обеспечение; наградный, раздаточный или другой иллюстративный материал; литература основная и дополнительная; режим работы с кейсом; критерии оценки работы по этапам;

План занятия с использованием кейса (рекомендуется)

1. Организация начала занятия (5 мин.). 2. Мотивация к занятию (5 мин.). 3. Определение цели занятия (5 мин.). 4. Контроль исходного уровня знаний (15 мин.). 5. Инструктаж по работе с кейсом. 6. Самостоятельная работа с кейсом (90 мин.): – обсуждение кейса в группах; – анализ кейсов по подгруппам; – презентация решения. 7. Подведение итогов обсуждения, закрепление (30 мин.). 8. Контроль итогового уровня знаний (15 мин.). 9. Подведение итогов занятия с оценкой работы студентов (10 мин.). 10. Задание на дом (5 мин.).

Таким образом, осмысление деятельности преподавателя, использующего кейс-метод, отличается тем, что он осуществляет информационно-коммуникативное взаимодействие студентов, формирует и поддерживает поле знаний, т.е. преподаватель выступает как руководитель, коммуникатор и активный участник познавательного коллективного процесса.

*Зуев К.А., Александровская В.Н., Огородник И.С.*  
кафедра философии и психологии ГОУ ВПО «ДонНМУ»

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ОЦЕНИВАНИЮ ВЫПОЛНЕНИЯ КЕЙС-ЗАДАНИЙ СТУДЕНТАМИ**

Завершающий и достаточно сложный этап в работе преподавателя - оценивание участников дискуссии и оценка результатов обучения студентов с применением кейс-метода. Проверка и оценка знаний должны проводиться согласно дидактическим принципам обучения.

При этом выделяются следующие требования к оцениванию: - объективность – создание условий, в которых бы максимально точно выявлялись знания обучаемых, предъявление к ним единых требований, справедливое отношение к каждому; - обоснованность оценок – их аргументация; - систематичность – важнейший психологический фактор, организующий и дисциплинирующий студентов, формирующий настойчивость и устремленность в достижении цели; - всесторонность и оптимальность.

Оценивание выполняет следующие функции: - контролирующую, поскольку выявляет знания, умения и навыки студентов; - обучающую, т.к. требует достижения студентами определенного уровня обучения; - воспитывающую, поскольку в процессе ее получения идет формирование личностных качеств студентов; - организующую деятельность студента; - развивающую мышление и волевые, нравственные качества студентов; - методическую, позволяющую совершенствовать методику преподавания.

К критериям оценки относятся:

I. Активность студента в обсуждении кейса (в аудитории), что предусматривает: - конструктивные оригинальные предложения по эффективному решению проблемной ситуации (предложение альтернатив, которые раньше оставались без внимания); - предложение определенного плана действий или плана воплощения решения; - адекватное применение теоретических знаний по пройденному курсу; - владение категориальным аппаратом, стремление давать определения, выявлять содержание понятий; - использование интересного дополнительного фактического материала, статистических данных для аргументации своих предложений; - умение выделять и идентифицировать проблемы, задавать вопросы учитывая конкретную ситуацию (обращение внимания на определенный круг вопросов, которые требуют углубленного обсуждения); - определение существенных элементов, которые должны учитываться при анализе кейса; - умение четко, логично, структурировано излагать собственную позицию в процессе обсуждения. Выступление, которое характеризует попытку серьезного предварительного анализа (правильность предложений, подготовленность, аргументированность и т.д.).

II. Участие в работе творческой группы: - участие в подготовке группового проекта (может определяться самими членами этой группы как коэффициент трудового участия каждого студента в разработке проекта); - презентация проекта решения группы в процессе обсуждения (устно или письменно).

III. Самостоятельная работа по подготовке к занятию: - умение письменно проанализировать конкретную ситуацию (с выводами, проблемами, вопросами); - подготовка дополнительных теоретических заданий (рефератов, обзоров первоисточников).

Анализ кейса, данный студентом при непубличной (письменной) презентации считается удовлетворительным, если: - было сформулировано и проанализировано большинство проблем, имеющих в кейсе; - проведено максимально возможное количество расчетов; - были сделаны собственные выводы на основании информации о кейсе, которые отличаются от выводов других студентов; - были продемонстрированы адекватные аналитические методы для обработки информации; - составленные документы по смыслу и содержанию отвечают требованиям; - приведенные в итоге анализа аргументы находятся в соответствии с ранее выявленными проблемами, сделанными выводами, оценками и использованными аналитическими методами.

Традиционная пятибалльная система оценивания результатов плохо приспособлена к работе с кейсами. Лучше всего использовать применяемую в мире 100-балльную систему оценки знаний. Оценку работы в группах можно вести по 10 балльной шкале.

Критерии оценок работы студентов по этапам занятия (рекомендуется)

Наименование критерия	Максимальный балл
Активность работы всех членов группы	10
Быстрота выполнения заданий	10
Краткость и четкость изложения	10
Этика ведения дискуссии	10

Отбор информации	10
Штрафные баллы (нарушение правил ведения дискуссии, некорректность поведения и т.д.)	-5
Итого:	50

Применяя метод case-study, можно использовать все виды оценок: текущую, промежуточную и итоговую. Текущая оценка помогает руководить процессом обсуждения кейса; промежуточная оценка позволяет фиксировать продвижение студента по пути решения кейса; конечная – подводит итог успехам студента в анализе кейса и овладении дисциплиной. При оценке работы групп (подгрупп) в открытой дискуссии может быть использовано публичное оперативное оценивание текущей работы группы (подгруппы), которое стимулирует соревновательность.

Следует подчеркнуть, что оценочное творчество преподавателя должно носить обоснованный характер. Студент должен понимать не только правила разбора кейса, но и систему его оценивания преподавателем, последнее требует обязательного ее разъяснения до начала работы над кейсом. Преподавателю не следует забывать о воспитательном эффекте оценки, обусловленном не только открытостью, понятностью для студента системы оценивания, но и ее справедливостью.

*Зуев К.А., Муханова И.Ф., Волошинская Л.В.*

кафедра философии и психологии ГОУ ВПО «ДонНМУ»

### **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КЕЙСОВ В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ФИЛОСОФИЯ»**

Анализ конкретных учебных ситуаций, метод кейсов (кейс-метод) – группа образовательных технологий, методов, приёмов и техник обучения, основанных на решении конкретных проблем, задач на учебных занятиях (решение кейсов), использующая описание реальных ситуаций, предназначенных для совершенствования навыков и получения опыта в выявлении, отборе и решении проблем; работе с информацией; анализ и синтез информации и аргументов; умение всесторонне осмыслить ситуацию, провести её системный анализ; работа с предположениями и заключениями; оценка альтернатив; умение быстро ориентироваться в изменившейся ситуации, адаптироваться к новым условиям; умение проявлять активность в ситуациях неопределённости – самостоятельность и инициативность; принятие решений; вырабатывается способность к межличностным контактам; умение отстоять свою точку зрения, перебороть противодействие со стороны партнёров.

Метод конкретных ситуаций (метод case-study) относится к интерактивным, неигровым имитационным активным методам обучения, они позволяют взаимодействовать всем обучающимся, включая педагога. Его следует считать наглядно-проблемным, наглядно-практическим и наглядно-эвристическим одновременно, поскольку в нем дается наглядная характеристика практической проблемы и демонстрация поиска способов её решения. Наконец по критерию практичности он представляет собой чаще всего практически-проблемный метод.

Для того чтобы учебный процесс на основе case-технологий был эффективным, необходимы два условия: хороший кейс и определенная методика его использования в учебном процессе. Кейсы – учебные конкретные ситуации, которые основываются на реальном фактическом материале или же приближены к реальной ситуации. Организывается это преподавателем в группе студентов. Учащиеся получают от учителя пакет документов (кейс), при помощи которых либо выявляют проблему и пути её решения, либо вырабатывают варианты выхода из сложной ситуации, когда проблема обозначена.

Идеи метода case-study (метода ситуационного обучения):

1. Метод предназначен для получения знаний по дисциплинам, истина в которых плюралистична, т.е. нет однозначного ответа на поставленный вопрос, а есть несколько ответов, которые могут соперничать по степени истинности; задача преподавания при этом сразу отклоняется от классической схемы и ориентирована на получение не единственной, а многих истин и ориентацию в их проблемном поле. Но при единой цели при выработке решений.

2. Акцент обучения переносится не на овладение готовым знанием, а на его выработку, на сотворчество студента и преподавателя; отсюда принципиальное отличие метода case-study от традиционных методик – демократия в процессе получения знания, когда студент по сути дела равноправен с другими студентами и преподавателем в процессе обсуждения проблемы. Метод концентрирует в себе значительные достижения технологии «создания успеха». Именно достижение успеха выступает одной из главных движущих сил метода, формирования устойчивой позитивной мотивации, наращивание познавательной активности.

3. Результатом применения метода являются не только знания, но и навыки профессиональной деятельности.

4. Технология метода заключается в следующем: по определенным правилам разрабатывается модель конкретной ситуации, произошедшей в реальной жизни, и отражается тот комплекс знаний и практических навыков, которые студентам нужно получить; при этом преподаватель выступает в роли ведущего, генерирующего вопросы, фиксирующего ответы, поддерживающего дискуссии, т.е. в роли диспетчера процесса сотворчества.

5. Несомненным достоинством метода ситуационного анализа является не только получение знаний и формирование практических навыков, но и развитие системы ценностей студентов, профессиональных позиций, жизненных установок, своеобразного профессионального мироощущения и миропреобразования. Метод case-study интегрирует в себе технологии развивающего обучения, включая процедуры индивидуального, группового и коллективного развития, формирования многообразных личностных качеств обучаемых.

6. В методе case-study преодолевается классический дефект традиционного обучения, связанный с «сухостью», неэмоциональностью изложения материала — эмоций, творческой конкуренции и даже борьбы в этом методе так много что хорошо организованное обсуждение кейса напоминает театральные спектакли.

7. Метод case-study выступает как технология коллективного обучения, важнейшими составляющими которой выступают работа в группе (или подгруппах) и взаимный обмен информацией. Коллективная выработка решений.

8. Наличие системы группового оценивания деятельности.

9. Разбирая кейс, студенты фактически получают на руки готовое решение, которое можно применить в аналогичных обстоятельствах. Увеличение в «багаже» студента проанализированных кейсов, увеличивает вероятность использования готовой схемы решений к сложившейся ситуации, формирует навыки решения более серьезных проблем.

Наиболее успешно кейс технологии можно использовать на уроках экономики, права, обществознания, истории по темам, требующим анализа большого количества документов и первоисточников. Но данный метод применим и в преподавании «Философии». Если применять данный метод при подготовке профессиональных философов, то она даёт реальную возможность практического закрепления теоретических знаний по курсу. Если же использовать в группах нефилологического направления, т.е. для которых «Философия» является одной из дополнительных дисциплин не по специальности, то данный метод позволяет закрепить студентам уже пройденный материал, повторить его, провести самостоятельную работу, а преподавателю убедиться в степени подготовленности студентов по курсу и к самостоятельной работе.

Использование метода case-study имеет явные преимущества перед простым изложением материала, широко используемым в традиционной педагогике высшей школы. Однако не стоит полагать, что кейсы могут заменить лекции. Метод case-study требует подготовленности студентов, наличия у них навыков самостоятельной работы; неподготовленность студентов, неразвитость их мотивации может приводить к поверхностному обсуждению кейса.

*Зуева Г.В.*

ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МУКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ**

Применение муколитических и отхаркивающих препаратов наряду с антибактериальными, бронхорасширяющими и противовоспалительными лекарственными средствами является патогенетически обоснованным. С целью улучшения дренажной функции легких используется комплекс как медикаментозных, так и немедикаментозных методов лечения, включающих адекватную гидратацию, кинезитерапию и применение лекарственных средств, способствующих снижению вязкости бронхиального секрета. Существует множество различных классификаций муколитических и отхаркивающих препаратов. Наиболее практичной нам видится классификация, выделяющая группы препаратов исходя из преимущественной направленности механизма их действия. Среди муколитиков прямого действия высокой эффективностью обладают производные цистеина со свободной тиоловой группой. К этой группе относится ацетилцистеин. Показаниями N- ацетилцистеина является кашель с густой, вязкой, трудноотделяемой мокротой, при таких заболеваниях как муковисцидоз, пороки развития бронхов, первичная цилиарная дискинезия и др. Большой осторожности требует назначение ацетилцистеина детям с перинатальным повреждением ЦНС, угнетением кашлевого рефлекса. Протеолитические ферменты — мукоактивные препараты прямого действия. Среди этой группы препаратов в настоящее время применяется рекомбинантная  $\alpha$ - ДНКаза. Секретолитик бромгексин, производное алкалоида вазицина, обладает муколитическим, мукокинетическим и отхаркивающим свойствами. Фармакокинетика бромгексина дозозависима, что необходимо учитывать при его назначении, при многократном применении он может кумулироваться. Амброксол является активным метаболитом бромгексина. Биодоступность амброксола составляет 70-80%. Было выявлено, что ингаляционное введение амброксола (Лазолван), приводит к увеличению содержания альвеолярных макрофагов и уменьшению числа нейтрофилов, к снижению фактора некроза опухоли- $\alpha$  и интерлейкина IL-8 в индуцированной мокроте. Амброксол способен уменьшать выброс гистамина из тучных клеток, тем самым влияя на развитие реакции гиперчувствительности немедленного типа. Амброксол усиливает местный иммунитет, активируя тканевые макрофаги и повышая продукцию секреторного IgA. Препарат можно использовать у детей любого возраста, даже у недоношенных. Амброксол и бромгексин противопоказаны при судорожном синдроме. К мукоактивным препаратам относят мукоурегуляторы. Наиболее известным препаратом этой группы является карбоцистеин и его производные. Мукоурегуляторный эффект обусловлен нормализацией секреторной функции железистых клеток. При назначении мукоактивного лечения необходимо проанализировать анамнез (биологический, социальный, аллергический и т.д.); определить нозологию, характер и степень выраженности респираторных симптомов, топику поражения респираторного тракта; выявить неблагоприятные факторы внешней среды; оценить комплаентность пациента. На основании оценки эффективности различных методов лечения были разработаны алгоритмы дифференцированной муколитической терапии при заболеваниях органов дыхания у детей. При острых респираторных инфекциях нижних дыхательных путей (трахеит, бронхит), сопровождающихся сухим кашлем без мокроты показаны традиционные отхаркивающие фитопрепараты (при отсутствии отягощенного аллергоанамнеза, пыльцевой сенсibilизации), секретолитики (амброксол) либо их комбинации. При сочетании острых респираторных инфекций дыхательных путей, сопровождающихся сухим

кашлем целесообразно назначение комбинированных препаратов, имеющих в своем составе отхаркивающие лекарственные средства (солодку, чабрец). При острых респираторных инфекциях нижних дыхательных путей, сопровождающихся непродуктивным влажным кашлем с плохо отделяемой мокротой, показаны муколитические, отхаркивающие препараты, секретолитики (амброксол) либо комбинированные препараты, обладающие и отхаркивающими и муколитическими свойствами. При острых, особенно повторных и затяжных респираторных инфекциях нижних дыхательных путей, сопровождающихся диффузными влажными хрипами в легких, гиперпродукцией мокроты, показаны мукоурегуляторы (карбоцистеины).

Вопрос о мукоактивной терапии при обострении бронхиальной астмы на фоне острой респираторной инфекции остается предметом дискуссий.

*Иващенко В.В., Скворцов К.К., Балацкий Е.Р., Барабаш К.В., Мартынюк М.Ю.*

Кафедра общей хирургии № 2 ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО, ЦГКБ № 6 г. Донецка.

### **ТАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

В 1993 году в клинике общей хирургии № 2 на базе ЦГКБ № 6 г. Донецка впервые выполнена операция лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при остром калькулезном холецистите (ОКХ). За 25 лет (1993-2018 гг) в целом в клинике выполнена 15041 операция при желчнокаменной болезни (ЖКБ). По поводу ОКХ за этот промежуток времени было выполнено 3724 операции, из них лапароскопически 3590 операций (96,4%), умерло 10 больных, послеоперационная летальность составила 0,27%.

В первые годы внедрения видеоэндоскопических технологий в клинике была принята так называемая сдержанная тактика выполнения ЛХЭ при ОКХ, для накопления опыта таких операций преимущественно у больных с хроническим калькулезным холециститом. По мере накопления опыта, с 1995 года, была принята активная срочная тактика оперативного лечения ОКХ. Анализ риска развития осложнений и летальности при ОКХ показал ведущую значимую роль в их возникновении двух факторов – поздней обращаемости больных и пролонгацией оперативного вмешательства попытками консервативного лечения. К этому времени была сформирована бригада подготовленных хирургов, пополнилось оснащение клиники видеоэндоскопическим и рентгенологическим оборудованием. Появилась возможность круглосуточного ургентного оказания помощи больным с ОКХ. Одними из основных тактических вопросов, возникших в это время, стали проблемы сопутствующего холедохолитиаза и билиарной гипертензии, а также целесообразность выполнения этапных оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста, находящихся в тяжелом состоянии.

Особенности оснащенности клиники сформировали свой путь решения проблемы холедохолитиаза и билиарной гипертензии при ОКХ, базирующийся первоначально на выполнении операционной холангиографии (ОХГ) и наружном дренировании желчных протоков (холедохостомией (ХС) по Пиковскому). Всего выполнено 1778 ОХГ, что составило 11,8% от всех операций. ОХГ выполнялась в первую очередь при подозрении на холедохолитиаз и наличии признаков билиарной гипертензии на основании разработанных клинико-диагностических критериев. Использование ХС было вынужденной мерой, позволявшей выполнить декомпрессию и санацию желчевыводящих путей, а в некоторых случаях добиться лизиса конкрементов. Как составляющая комплексного лечения ХС показала высокую эффективность также у больных холецистопанкреатитом. С 2013 года при крупном холедохолитиазе в клинике была внедрена интраоперационная холедохоскопия. Активная радикальная срочная хирургическая тактика в лечении ОКХ, даже у тяжелых больных, различного возраста, в том числе с сопутствующей патологией, показала свою целесообразность и эффективность. Удельный вес выполнения в клинике этапных вмешательств по удалению желчного пузыря, например, холецистостомии, крайне мал – 4 случая (0,1% от всех случаев ОКХ). По нашему мнению, холецистостомия у больных с ОКХ является неэффективным вмешательством, пролонгирующим выполнение холецистэктомии.

В клинике на основе многолетнего опыта сформировалась собственная тактика лечения ОКХ с использованием видеоэндоскопических технологий, основанная на активной хирургической тактике лечения ОКХ у всех пациентов, использовании ХС после ЛХЭ при наличии билиарной гипертензии, выполнении ОХГ при подозрении на наличие патологии желчевыводящих путей, выполнении окончательной билиодигестивной разгрузки с помощью папиллосфинктеротомии вторым этапом, после ЛХЭ, ХС и подтверждения патологии при фистулохолангиографии. Такой подход позволил добиться уровня летальности 0,27% при ОКХ и 0,10% среди всех малоинвазивных операций при ЖКБ с минимальным риском развития осложнений.

*Игнатенко Г.А., Джоджуа А.Г., Первак М.Б., Басий Р.В.*

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

### **КООРДИНАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОБУЧЕНИЯ НА ДО- И ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ПРЕДСТОЯЩИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

Одним из основных факторов обеспечения надлежащего уровня медицинской помощи населению является высокое качество подготовки врачей и фармацевтов. Последнее невозможно без координации содержания обучения на до- и последипломном этапах медицинского и фармацевтического образования, так как результаты обучения студентов должны быть исходным уровнем для обучения в интернатуре и ординатуре, а результаты обучения интернов и ординаторов – исходным уровнем для дальнейшего обучения с целью повышения про-

фессиональной квалификации.

На данный момент результаты обучения выпускников по всем специальностям додипломного уровня (Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология, Медико-профилактическое дело, Фармация) сформулированы в действующих государственных образовательных стандартах высшего профессионального образования (ГОС ВПО) в виде компетенций - общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных. Уровень их освоения вчерашними студентами является базисом для обучения в интернатуре и во многом определяет успешность этого процесса.

Однако в следующем учебном году будут введены новые государственные образовательные стандарты высшего медицинского и фармацевтического образования, не предусматривающие формулировки обязательных профессиональных компетенций, - вместо их перечня должна быть лишь ссылка на профессиональные стандарты по соответствующим специальностям. Естественно, такой подход призван благоприятствовать максимальной координации содержания обучения на до- и последипломном этапах подготовки врачей и фармацевтов. Но в нашей ситуации это чревато обратным эффектом. Проблема заключается в том, что наличие двух видов стандартов по специальности (государственного образовательного и профессионального) необходимо лишь в том случае, если между додипломным этапом образования и практической работой нет интернатуры. Тогда условием прохождения специалистом первичной аккредитации (и соответственно - его допуска к практической работе) является соответствие уровня его подготовки требованиям профессионального стандарта. Но у нас пока даже не планируется создание таких документов в связи с отсутствием предпосылок для отмены в ближайшем будущем интернатуры и введения первичной аккредитации врачей и фармацевтов.

Вследствие этого возникают серьезные проблемы с внедрением новых ГОС ВПО и обеспечением преемственности между до- и последипломным образованием. На наш взгляд, для их решения для перехода на новые государственные образовательные стандарты по каждой специальности должен быть разработан специальный нормативный документ, который бы четко определил перечень профессиональных компетенций как результатов обучения студента и в то же время исходный уровень подготовки интерна. Таким документом может стать профессиональная характеристика выпускника по специальности Лечебное дело, Стоматология, Педиатрия, Медико-профилактическое дело, Фармация. Для разработки этих документов будут созданы соответствующие рабочие группы по специальностям и использован многолетний успешный опыт реализации в нашем университете собственной системы подготовки специалистов, основанной на компетентностном подходе.

*Игошина А.В.*

Республиканский центр профпатологии и реабилитации

### **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ МОНООКСИДОМ УГЛЕРОДА У ГОРНОРАБОЧИХ**

Было обследовано 96 горнорабочих с острым отравлением монооксидом углерода, контрольную группу составили 62 здоровых горнорабочих.

При отравлениях монооксидом углерода наиболее частым симптомом была головная боль, которая отмечалась у (79,1±4,1) % пострадавших в отличии от контроля (11,3±4,0) % ( $\chi^2=69,60$ ,  $p<0,001$ ). Чаще всего головная боль у таких больных локализовалась в области: лба ( $\chi^2=53,22$ ,  $p<0,001$ ) и затылка ( $\chi^2=32,67$ ,  $p<0,001$ ). На головокружение жаловались (67,7±4,7) % пострадавших, которые перенесли острое отравление монооксидом углерода и (9,6±3,7) % - в контроле ( $\chi^2=51,27$ ,  $p<0,001$ ). Симптомы головокружения у больных характеризовались шаткостью при ходьбе ( $\chi^2=27,37$ ,  $p<0,001$ ), страхом закрытых пространств ( $\chi^2=9,15$ ,  $p=0,0025$ ), чувством головокружения ( $\chi^2=6,64$ ,  $p=0,01$ ).

Наиболее важными неврологическими изменениями при острых отравлениях монооксидом углерода в неврологическом статусе горнорабочих были те изменения, которые отличались от группы контроля: разница глазных щелей ( $\chi^2=13,97$ ,  $p=0,0002$ ), слабость конвергенции ( $\chi^2=14,11$ ,  $p=0,0002$ ), нистагм ( $\chi^2=19,09$ ,  $p<0,001$ ), патологические рефлексы с рук - рефлекс Вартенберга ( $\chi^2=4,010$ ,  $p=0,045$ ), рефлекс Якобсона-Ласка ( $\chi^2=4,140$ ,  $p=0,041$ ), анизорефлексия коленных рефлексов ( $\chi^2=9,24$ ,  $p=0,0024$ ), патологический рефлекс с ног Бабинского ( $\chi^2=6,03$ ,  $p=0,014$ ), а также повышение тонуса в мышцах рук по типу „зубчатого колеса“ ( $\chi^2=6,16$ ,  $p=0,013$ ).

Так же в ходе исследований у наблюдаемых больных были выявлены наиболее распространенные синдромы: вестибулярный (43,75±5,06)%, вегето-сосудистая дистония (33,33±4,81)%, астено-неврогический (26,04±4,48)% и паркинсонический (11,45±3,25)%.

Выводы. Таким образом, при исследовании был выявлен процент наиболее распространенных симптомов и неврологические синдромы у горнорабочих при острых отравлениях монооксидом углерода.

*Ильмеева Л.А.<sup>1</sup>, Колесникова А.Г.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Донецкий областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Донецк

<sup>2</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк

### **ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В ПЕРИОД СОЦИАЛЬНЫХ И ВОЕННЫХ НЕБЛАГОПОЛУЧИЙ**

Заболеваемость ВИЧ-инфекции в Донецком регионе составляет 695,8 на 100 тыс. населения. За 2017 год показатель заболеваемости был 85,0 на 100 тыс. нас, за 2016 г. 83,0, за 2015 г. - 60,7, имеет тенденцию к увели-

чению за последние три года. Общий уровень смертности ВИЧ-инфицированных лиц по различным причинам на территории Донецкой Народной Республики за 2017 год составляет 32,9 на 100 тыс. населения. За 2016 г. – 30,3 на 100 тыс. населения, за 2015 г. – 28,8 на 100 тыс. населения. Показатель общего уровня смертности ВИЧ-инфицированных лиц по различным причинам имеет тенденцию к росту за последние три года, скорее всего это связано с экономической, политической, социальной ситуацией и военными действиями на территории Донецкой Народной Республики.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции свидетельствует, что заболеваемость имеет масштабы эпидемии и продолжит распространяться среди общего населения за счет дальнейшего увеличения значимости полового пути передачи ВИЧ более 56% и снижения доли парентерального пути за счет употребления инъекционных наркотиков по сравнению с начальными годами эпидемии.

Возможно, в связи с военными действиями и ухудшением социальных факторов отмечается факт позднего обращения больных находящихся в 3 и 4 клинической стадиях заболевания за клинической помощью. Несмотря на сложившуюся ситуацию на территории Донецкой Народной Республики, обеспечен беспрепятственный доступ к консультированию и тестированию на ВИЧ, как для общего населения, так и для представителей уязвимых групп населения. Кроме этого, всем подлежащим специфическому лечению пациентам и готовым к лечению, назначается и выдается антиретровирусная терапия.

По состоянию на 01.01.2018 на территории Донецкой Народной Республики получают специфическую антиретровирусную терапию более половины пациентов диспансерной группы – 54,6%, детей до 18 лет – 88%. Антиретровирусная терапия предоставляется в 25 учреждениях здравоохранения, в том числе в Республиканском центре СПИД, городских центрах СПИД (Макеевка, Горловка), Республиканской противотуберкулезной больнице, Республиканском специализированном доме ребенка г.Макеевки.

На территории Донецкой Народной Республики за 2017 год в скрининговых лабораториях диагностики ВИЧ-инфекции (гг. Донецк, Горловка, Макеевка, Снежное) проведено 154356 исследований на ВИЧ и объем обследований на ВИЧ всего населения республики увеличился на 16% по сравнению с прошлым годом, в том числе представителей ключевых групп населения. При этом, общая выявляемость ВИЧ снизилась с 1,93% за 2016 г. до 1,55% в 2017 году. Индикаторами инфицированности ВИЧ общего населения являются доноры крови и беременные женщины. Выявляемость ВИЧ-инфекции среди доноров крови за 2017 год остается стабильной – 0,19% (2016г. – 0,19%), среди первичных доноров – 0,30% (2016г. – 0,25%), что является более информативным показателем. Значительное снижение выявляемости ВИЧ за 2017 год наблюдается среди беременных женщин (общая инфицированность беременных – 0,31%, против 0,50% – 2016 г.), в том числе среди беременных, обследованных первично (0,62%, против 0,90% – 2016 год). Данный показатель является благоприятным фактором для дальнейшей организации мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ от матери к ребенку.

*Ишутина Ю.Л., \*Ермилин А.Е., Ворона Л.Д.*

ГБУЗ «Научно-практического центра специализированной помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ» г. Москва

\*Российского национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

### **МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ГЕПАТОПРОТЕКТНАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Нарушение функции печени возникают при заболеваниях печени, особенно инфекционного и токсического генеза. Применение в таких случаях гепатопротекторов, улучшающих метаболические процессы в печени, повышают её устойчивость к патогенным воздействиям, быстрее восстанавливают функцию при различных повреждениях.

**Цель:** изучение влияния терапии инфузионным гепатопротектором (Ремаксол) на функциональное состояние печени при сочетанной патологии у новорожденных.

**Материалы и методы:** были обследованы новорожденные с синдромом цитолиза, гипербилирубинемией, в составе комплексной терапии получали терапию, включающую инфузии метаболического гепатопротектора Ремаксол ежедневно внутривенно капельно в дозе 5 мл/кг 1 раз в сутки, в течение 10-12 дней. Динамика функционального состояния печени проводилась с помощью оценки показателей биохимического анализа крови.

**Результаты:** При анализе биохимических показателей функционального состояния печени (билирубина, аланинаминотрансферазы (АлТ), аспаргатаминотрансферазы (АсТ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ)) отмечалась выраженная положительная динамика к 8-10 дню терапии.

**Выводы:** Выявлено, что включение в схему комплексного лечения гепатопротекторной метаболической терапии у новорожденных с сочетанной патологией печени способствует улучшению функционального состояния печени: снижению выраженности синдрома цитолиза, холестаза, уменьшению проявлений печеночно-клеточной недостаточности за счет мембраностабилизирующего, антихолестатического, цитопротективного эффектов препарата. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии данной терапии при поражениях печени различной этиологии с проявлениями печеночно-клеточной недостаточности у новорожденных.

*Кавелина А.С., Попандоупо А.Г.*

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака, лаборатория клеточного и тканевого культивирования

### **КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕКОНСТРУКЦИИ РОГОВИЦЫ**

**Введение.** Одной из целей в реконструкции поверхности роговицы глаза является восстановление дефицита лимбальных эпителиальных стволовых клеток (ЛЭСК). Возникшую проблему для многих заболеваний, включая термические или химические ожоги, а именно восстановление дефицита роговичного эпителия можно лечить путем пересадки культуры ЛЭСК, полученных с человеческой донорской роговицы. В хирургическом лечении дефектов роговицы и их последствий перспективно внедрение технологий пересадки ЛЭСК и покрытия поверхностей амниотической мембраной (АМ).

**Ключевые слова:** лимбальные эпителиальные стволовые клетки, амниотическая мембрана.

**Цель-** получить тканеинженерную конструкцию биомедицинского клеточного продукта, состоящего из культуры лимбальных стволовых клеток роговицы глаза на стромальной стороне амниотической мембраны.

**Материалы и методы.** С помощью микрохирургической техники выделяли зоны палисадов Фогта, содержащие наибольшее количество стволовых клеток. Биоптат роговицы помещался на покрытое синтетическим аналогом внеклеточного матрикса поли-Д-лизином покровное стекло. Полученную культуру ЛЭСК доводили до 3 пассажа и перемещали для дальнейшего культивирования на поверхность АМ. После криозамораживания АМ несколько раз промывали фосфатно-буферным раствором, затем помещали стромальной стороной вверх в 6-ти луночное плато. На поверхность мембраны наносили 200 тыс. ЛЭСК в 2-х мл питательной среды. Культивирование осуществлялось в стандартных условиях в CO<sub>2</sub> инкубаторе, содержащем 95% влаги при температуре 37°C в питательной среде DMEM/F12 1:1 («Sigma», США) с рядом ростовых факторов. Визуализацию клеточных культур осуществляли с помощью фазово-контрастной микроскопии. Для оценки целостности и определения физиологической интактности проводили иммуногистохимические исследования на ряд специфических антител: р63, цитокератин 19, цитокератин 3/12, кератан-сульфат, ALDH3A1, CD 117,  $\alpha$ -SMA.

**Результаты и обсуждения.**

Большое значение имеет то, что и при создании клеточного продукта сохраняется исходное состояние межклеточных контактов и поверхностных рецепторов клеток. Размножение и рост клеток на подложке с разной пространственной организацией обеспечивает формирование структурной основы дифференцирующих тканей.

Учитывая, что после криозамораживания анатомо-морфологические свойства АМ не изменены и процесс культивирования проходил без отклонений, можно сказать о большом потенциале субстрата, на поверхности которого ЛЭСК способны к колонеобразованию и клеточной пролиферации. Следует отметить, что морфология выросших на амнионе лимбальных клеток идентична культивированным клеткам роговицы на пластике. Согласно результатам окрашивания, можно предположить, что морфологические свойства АМ не нарушены.

**Выводы.** Таким образом, основываясь на результатах проводимого исследования, можно заключить, что данная тканеинженерная конструкция позволит улучшить микроокружение и адгезию на поверхности АМ и может быть использована для восстановления репаративных процессов и достижения удовлетворительных функциональных результатов, а также уменьшит риск возникновения болезни трансплантата на глазах с острым дефицитом лимбальных стволовых клеток.

*Капранов С. В., Тарабцев Д. В., Кулиш С.И., Космина О.А., Карташова Н.П.*

Государственная служба «Алчевская городская санитарно-эпидемиологическая станция» Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики

### **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА**

В промышленных регионах одним из основных факторов среды жизнедеятельности, влияющих на состояние здоровья населения, является загрязнение атмосферного воздуха. Это обуславливает необходимость осуществления мониторинга атмосферного воздуха с оценкой его качества для научного обоснования необходимости разработки и внедрения эффективных мероприятий по защите здоровья жителей.

**Целью работы** является разработка и усовершенствование для использования в практической деятельности государственной санитарно-эпидемиологической службы автоматизированной системы статистической обработки на персональных компьютерах (ПК) результатов лабораторных исследований атмосферного воздуха.

**Материалы и методы.** В Алчевской городской санитарно-эпидемиологической станции (СЭС) на основе стандартных базовых программ Windows Microsoft Office and Windows Vista выполнена разработка, усовершенствование и внедрение в практическую деятельность СЭС автоматизированной системы статистической обработки результатов исследований атмосферного воздуха, представленной программами «Воздух-2» и «Воздух-3».

**Результаты и их обсуждение.** Программа «Воздух-2» – позволяет рассчитывать на каждом маршрутном посту наблюдения и в целом по городу по каждому веществу за месяц, несколько месяцев и год концентрации: минимальную, максимальную, среднюю с ошибкой средней величины ( $M \pm m$ ), среднее квадратическое отклонение ( $\delta$ ), коэффициент вариации ( $C_v$ ) и удельный вес проб атмосферного воздуха с превышением ПДКм.р., 5ПДКм.р., кратность превышения ПДКм.р. Кроме того, по 6 основным загрязнителям атмосферы (взвешенные

вещества, оксид углерода, диоксид азота, диоксид серы, сероводород и фенол) осуществляется с учетом ПДКм.р. расчет суммарного показателя загрязнения ( $\Sigma$  ПЗ), а также четырех коэффициентов комбинированного действия химических веществ (К.к.д.), для которых при совместном присутствии в атмосферном воздухе установлен эффект суммации биологического действия на организм. Это следующие группы загрязнителей:  $\text{SO}_2 + \text{H}_2\text{S}$ ,  $\text{SO}_2 + \text{NO}_2$ ,  $\text{SO}_2 + \text{CO} + \text{NO}_2 + \text{C}_6\text{H}_5\text{OH}$  и  $\text{SO}_2 + \text{C}_6\text{H}_5\text{OH}$ .

По программе «Воздух-3» выполняется расчет на стационарном посту наблюдения также по каждому веществу за месяц, несколько месяцев, год и несколько лет концентраций: минимальной, максимальной,  $M \pm m$ ,  $\delta$ ,  $C_v$ , удельного веса проб атмосферного воздуха с превышением ПДКс.с., 5ПДКс.с., кратности превышения ПДКс.с (для сероводорода выше ПДКм.р.). По 4 основным загрязнителям атмосферы (диоксид азота, диоксид серы, сероводород и фенол) осуществляется расчет суммарного показателя загрязнения ( $\Sigma$  ПЗ) и трех К.к.д. для следующих загрязнителей:  $\text{SO}_2 + \text{H}_2\text{S}$ ,  $\text{SO}_2 + \text{NO}_2$ ,  $\text{SO}_2 + \text{C}_6\text{H}_5\text{OH}$ .

**Выводы и рекомендации.** С использованием программы «Воздух-2» доказано, что наиболее высокие уровни загрязнения атмосферы формируются в санитарно-защитной зоне предприятий черной металлургии и коксохимии – на расстоянии от них до 1 км.

С использованием программ «Воздух-2» и «Воздух-3» установлено, что содержание вредных веществ в атмосферном воздухе города обусловлено в основном объемами производства на предприятиях черной металлургии и коксохимии. Так, во время эксплуатации указанных объектов на полную проектную мощность (2013 г.)  $\Sigma$  ПЗ на стационарном посту наблюдения составил 333,19%, в то время, как в период почти полного прекращения производственной деятельности (2017 г.)  $\Sigma$  ПЗ снизился до 12,03% (то есть в 28 раз).

Предложено повсеместное использование указанных программ в деятельности ЭЭС.

<sup>1</sup>Капранов С.В., <sup>2</sup>Капранова Г.В., <sup>1</sup>Тарабцев Д.В., <sup>3</sup>Тарабцев М.Д., <sup>5</sup>Бондарь В.С., <sup>3</sup>Акжигитова А.М.

<sup>1</sup>Государственная служба «Алчевская городская санитарно-эпидемиологическая станция» Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики

<sup>2</sup>ГБОУ ЛНР «Алчевский городской методический кабинет»,

<sup>3</sup>Научная секция «Медицина» Алчевского научного общества учащихся

## ВЛИЯНИЕ ПРОСМОТРА ТЕЛЕПЕРЕДАЧ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРА ПОДРОСТКАМИ НА СОБЛЮДЕНИЕ ИМИ РЕЖИМА ДНЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Одним из основных показателей, характеризующих состояние социальной среды обитания детского и взрослого населения, является образ жизни, который характеризуется: наличием или отсутствием вредных привычек, физической активностью, режимом жизнедеятельности, организацией питания и другими критериями.

**Целью работы** является изучение влияния просмотра телевизионных передач и использования компьютера подростками на соблюдение ими режима дня и показатели здоровья с последующей разработкой профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.** На добровольных условиях выполнено анкетирование 474 учащихся 9-11 классов общеобразовательных школ (197 мальчиков и 277 девочек). Анкета ключала сведения об образе жизни, данные о просмотре телевидения (ТВ) и работе на персональном компьютере (ПК), результаты оценки самочувствия и психических состояний по Айзенку.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно общепринятому определению, режим дня – это установившийся порядок жизни: работы, питания, отдыха, сна. По нашему мнению, понятие «режим дня» можно сформулировать, как «режим жизнедеятельности».

Установлено, что подростков, которые не смотрели телевизионные передачи, больше среди школьников, которые не соблюдали режим дня –  $43,34 \pm 6,40\%$ , по сравнению с теми, которые соблюдали его постоянно –  $21,35 \pm 4,34\%$  ( $p < 0,01$ ) и непостоянно –  $20,92 \pm 2,26\%$  ( $p < 0,001$ ),  $\chi^2=20,43$ ,  $p < 0,05$ . Аналогичная закономерность выявлена в группах мальчиков и девочек ( $p$  от  $< 0,05$  до  $< 0,01$ ). Это обусловлено тем, что отказавшиеся от ТВ школьники больше времени проводят перед экранами компьютеров, что сопровождается нарушением режима дня (то есть режима жизнедеятельности) у подростков.

Подтверждением этому являются данные оценки влияния продолжительности пользования ПК в течение суток учащимися на соблюдение ими режима дня. Так, процент школьников, которые использовали компьютер более 3 часов в течение суток, выше среди подростков, не соблюдавших режим дня –  $78,33 \pm 5,32\%$ , по сравнению с теми, которые соблюдали данный режим постоянно –  $42,69 \pm 5,24\%$  и непостоянно –  $57,54 \pm 2,74\%$  ( $p < 0,001$ ),  $\chi^2=20,66$ ,  $p < 0,01$ . Аналогичная закономерность выявлена в группах мальчиков и девочек ( $p$  от  $< 0,05$  до  $< 0,001$ ).

Установлено влияние продолжительности просмотра телепередач и использования ПК подростками на их психическое здоровье. Учащихся с низкими уровнями фрустрации, агрессивности и ригидности по Айзенку меньше среди тех школьников, которые смотрели телепередачи более 3 часов в сутки, по сравнению с различной другой продолжительностью просмотра ( $p$  от  $< 0,05$  до  $< 0,01$ ). Наиболее значимо влияние длительного просмотра ТВ подростками на формирование у них агрессивности ( $\chi^2=15,94$ ,  $p < 0,05$ ). Старшеклассников с низкими уровнями тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности по Айзенку меньше в группах школьников, которые пользовались ПК более 3 часов в сутки по сравнению с различной другой продолжительностью использования ПК ( $p$  от  $< 0,05$  до  $< 0,001$ ). Наиболее значимо влияние длительного использования ПК подростками на формирование у них тревожности ( $\chi^2=31,95$ ,  $p < 0,002$ ) и фрустрации ( $\chi^2=24,01$ ,  $p < 0,01$ ).

Таким образом, длительное пребывание перед экранами ТВ и ПК подростков сопровождается нарушением у них режима дня и ухудшением их психического здоровья.

<sup>1</sup> Капранова Г.В.

<sup>1</sup>ГБОУ ЛНР «Алчевский городской методический кабинет»

## **ФОРМИРОВАНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА**

Обеспечение гармоничного развития детей и подростков, формирование высокого потенциала их здоровья и своевременная профилактика заболеваний могут быть осуществлены лишь в целостной системе, неотъемлемым звеном которой является школа.

В сознании старшеклассников промышленного города снижена ценность здоровья и наблюдается недооценка значимости здорового образа жизни. Поэтому воспитание гигиенических навыков у подрастающего поколения в индустриальных центрах представляется особенно актуальным.

**Целью работы** является изучение педагогических условий формирования гигиенических навыков у школьников в условиях промышленного города с последующей разработкой рекомендаций по улучшению состояния здоровья учащихся.

**Материалы и методы.** Исследования проведены в промышленном г. Алчевске. Методами анкетирования и опроса выполнено изучение образа жизни у 646 старшеклассников общеобразовательных школ.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что большинство старшеклассников не всегда руководствуются в своем поведении основными положениями здорового образа жизни (ЗОЖ). Согласно результатам исследований, 84,6% школьников не соблюдали режим дня (из них 23,3% постоянно), 34,0% – не занимались утренней гимнастикой, 52,0% – не занимались спортом, 50,5% – несвоевременно отходили ко сну, 71,3% – спали меньше физиологической нормы, 76,6% – не соблюдали режим питания, 29,2% – не питались в учебном заведении, 13,8% – активно курили, 55,7% – подвергались пассивному курению, 64,4% – употребляли спиртное (в том числе 7,9% употребляли крепкие спиртные напитки).

Кроме того, 29,7% учащихся охарактеризовали свою жизнь как беспокойную в нервно-психическом отношении, поскольку подвергались стрессам в учебном заведении, в семье и других местах, а у 8,7% школьников отсутствовала прогрессивная цель в жизни.

Для молодых людей иногда теряет значимость мотивация самосохранения, что особенно характерно для жителей промышленных городов. Преувеличенное восприятие здоровья и силы мешают детям и подросткам быть осторожными в опасных ситуациях. Безответственность за свое поведение является основной причиной травматизма, венерических заболеваний, формирования алкогольной и наркологической зависимости.

Для старшеклассников в период ранней юности характерна сензитивность (особая чувствительность, восприимчивость к определенным педагогическим действиям), а также стремление к самовоспитанию, то есть деятельность, направленной на изменение своей личности. Поэтому для самовоспитания школьников необходимы конкретные психологические знания о самом себе, о законах собственной психики.

Приоритетными направлениями в гигиеническом обучении и воспитании учащихся, проводимых в школе можно считать: пропаганду здорового образа жизни и воспитание у школьников негативного отношения к вредным факторам, влияющим на здоровье. При этом особенно важное значение имеет информирование с использованием конкретных научных данных детей и подростков о вредном влиянии на организм наркотиков, курения и алкогольных напитков. Огромную роль в успешной деятельности по формированию у школьников ЗОЖ играет личный пример окружающих взрослых людей – родителей и других родственников, учителей, тренеров. Однако школьники должны быть не просто исполнителями санитарно-гигиенических требований взрослых, но, в первую очередь, сознательными носителями и пропагандистами гигиенических навыков.

Таким образом, гигиеническое обучение и воспитание школьников, привитие им норм и навыков здорового образа жизни должны носить комплексный и непрерывный характер, побуждать учащихся к активным и сознательным действиям в настоящем и будущем.

*С.А. Кащенко, Д.В. Мосин*

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТЫТЕЛЯ ЛУКИ», (г. Луганск)

## **ВЛИЯНИЕ МЕТОТРЕКСАТА НА ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

На сегодняшний день заболевания щитовидной железы, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, являются наиболее распространенной эндокринной патологией и занимают второе место после сахарного диабета. Одной из причин увеличения количества больных являются нарушения со стороны иммунной системы. Однако, данных в доступной литературе, указывающих на изменения морфоструктуры щитовидной железы в условиях иммуносупрессии недостаточно, что свидетельствует о необходимости детального изучения динамики морфометрических параметров органа под влиянием иммунотропных препаратов. Одним из наиболее распространенных лекарственных средств, оказывающих иммуносупрессивное влияние, является метотрексат – цитостатический препарат из группы антиметаболитов, антагонистов фолиевой кислоты.

**В этой связи целью настоящего исследования** послужило выявление динамики органомерических параметров щитовидной железы в условиях применения иммуносупрессивного препарата (метотрексат) на различных сроках после его введения.

**Материалы и методы.** В эксперименте были использованы белые беспородные крысы-самцы молодого возраста репродуктивного периода массой 180-220 г, разделенные на 2 серии по 12 животных. Животным I

серии вводили метотрексат однократно внутримышечно в дозировке 10 мг/м<sup>2</sup>; животным II серии (контроль) внутримышечно были введены эквивалентные объемы изотонического раствора. Дозировка препарата рассчитывалась с учетом константы видовой устойчивости. Животных взвешивали, после чего производили забор материала на 1, 7, 15, 30 и 60 сутки, извлекали доли щитовидной железы, определяли их массу и линейные размеры, вычисляли объем и относительную массу органа.

**Результаты и их обсуждение.** Изменения органомерических параметров щитовидной железы отмечались уже на 1 сутки после введения иммуносупрессора, однако статистически значимые отклонения от размеров контрольной группы регистрировались лишь на 7 и 15 сутки, что обусловлено влиянием метотрексата на биосинтез и репарацию ДНК, проявляющимся снижением активности клеточного митоза.

Абсолютная масса щитовидной железы в экспериментальной группе была значительно меньше показателей контрольной группы на 7 и 15 сутки после введения препарата - соответственно на 8,50% и 18,25%. Сходные изменения претерпевали также и линейные размеры долей щитовидной железы: длина правой доли на 7 и 15 сутки наблюдения была меньше показателей контрольной группы на 10,13% и 15,02%, ширина - на 8,58% и 18,21%, а толщина - на 12,05% и 19,73% соответственно. Объем щитовидной железы у животных I группы был наименьшим в сравнении с контрольной группой животных на 15 сутки наблюдения - на 43,24%. К 60 суткам изучаемые органомерические показатели щитовидной железы животных экспериментальной группы приближались к таковым в контрольной группе крыс.

**Выводы.** При исследовании динамики органомерических показателей щитовидной железы крыс в ранние и поздние сроки наблюдения после введения иммуносупрессивного препарата белым беспородным крысам-самцам молодого возраста репродуктивного периода на ранних сроках (7 и 15 сутки) наблюдалось уменьшение линейных размеров, массы и объема исследуемого органа. На 60 сутки наблюдения статистически значимых отличий изученных показателей от данных контрольной группы крыс установлено не было. Выявленные изменения обусловлены влиянием метотрексата на биосинтез и репарацию ДНК, проявляющимся снижением активности клеточного митоза.

*Кащенко С.А., Семенчук С.Н., Захаров А.А., Мосин Д.В.*

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

### **ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИМУНОФАНОМ МЕТОТРЕКСАТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ИМУНОСУПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ**

Метотрексат (МТ) широко используется в онкогематологической, ревматологической, дерматовенерологической и других клинических практиках. В последние годы этот препарат стал «золотым стандартом» при лечении ювенильного ревматоидного артрита, при котором по предварительным оценкам его используют около 0,5 млн человек. Одним из побочных эффектов МТ является иммуносупрессия. С этим связана необходимость разработки возможности коррекции негативных эффектов метотрексата путем применения иммуномодулирующих лекарственных средств.

**Цель.** Изучение органомерических параметров надпочечников половозрелых крыс-самцов при введении цитостатика метотрексата с последующей коррекцией его эффектов иммунокорректором имунофаном.

**Материал и методы.** Эксперимент выполнен на 60 белых беспородных крысах самцах молодого возраста репродуктивного периода массой 210-240 г. Лабораторные крысы были разделены на две группы. Первая группа состояла из животных, получавших однократно метотрексат в дозировке 10 мг/м площади тела с последующим пятикратным введением имунофана в дозировке 50 мкг имунофан по схеме на 2, 4, 6, 8 и 10 сут. Во вторую группу входили животные, получавшие 0,9% раствор NaCl. Крыс выводили из эксперимента на 1, 7, 15, 30, 60 сут. после окончания введения препаратов, что связано с механизмом действия имунофана и фазами иммунного ответа.

**Результаты и их обсуждение.** Выявлено, что абсолютная масса надпочечников увеличивалась на 12,87% и 24,4%, соответственно этому же параметру контрольной группы животных на 7 и 15 сутки после окончания введения препаратов. В поздние сроки исследования отмечалась противоположная картина: на 30 сутки абсолютная масса снизилась на 13,3%, а к 60 суткам на 19,9%. Относительная масса изменялась следующим образом: увеличивалась на 10,6% (7 сут) и 25,3% (15 сут), а затем снижалась на 15,6% (30 сут) и 21% (60 сут) по отношению к контрольным данным. Динамика объема железы имела сходную тенденцию. На 7 сутки этот параметр у животных экспериментальной группы составлял 19,2±0,63 мм, на 15 сут - 21,3±0,76 мм, на 30 и 60 сут он снижался до 14,03±0,4 мм<sup>3</sup> и 14,78±0,81 мм<sup>3</sup> соответственно. Различие между значениями этого параметра экспериментальной и контрольной групп животных носило наиболее значимый характер. Динамика линейных размеров надпочечников имела такую же направленность. На 7 и 15 сутки отмечено достоверное увеличение высоты на 4,16% и 7,3%, длины на 7,9% и 9,94% соответственно. Толщина увеличивалась на 4,56% на 15 сутки после окончания введения препаратов. В поздние сроки эксперимента отмечалась обратная тенденция, что совпало с медленной фазой действия имунофана. Высота снижалась на 7,75% и 8,47%, длина на 7,49% и 10,58%, а толщина на 8,9% и 8,48% соответственно 30 и 60 суткам.

**Выводы:** 1. Введение метотрексата в дозировке 10 мг/м<sup>2</sup> площади тела с последующим пятикратным введением имунофана в дозировке 50 мкг по схеме белым беспородным крысам-самцам молодого возраста репродуктивного периода сопровождается выраженными изменениями органомерических параметров надпочечников, что свидетельствует об активной реакции со стороны железы.

2. В ранние сроки наблюдения (7 и 15 сутки) отмечалось увеличение абсолютной и относительной массы, объема, высоты и ширины железы. Толщина достоверно увеличивалась к 15 суткам наблюдения.
3. На 30 и 60 сутки отмечалось снижение всех исследуемых параметров.
4. В последующих публикациях планируется осветить гистоструктуру надпочечников после применения имунофана в различные сроки эксперимента.

*С.А. Кащенко, А.А. Захаров*

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР

### **ОСОБЕННОСТИ МОРФОСТРУКТУРЫ ВНУТРЕННИХ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИМУНОФАНА**

**Актуальность.** За последние годы влияние разнообразных экзогенных факторов на организм человека значительно усилилось, что связано с ухудшением экологической ситуации, расширением спектра лекарственных препаратов, применяемых в практической медицине и т.д. Особенно актуальным становится вопрос экологической иммуносупрессии, характерной для крупных промышленных регионов, в том числе, и для Донбасса. Изменения функционирования регуляторных систем закономерно сказываются на работе всего организма. Клинически доказано, что системное угнетение функционирования иммунной системы вызывает определённые сдвиги в работе мужской половой системы, однако морфологического подтверждения этому либо нет, либо имеющиеся данные противоречивы и не дают целостной картины изменений морфогенеза органов. В последнее время для коррекции иммунодепрессивных состояний стали широко использоваться препараты иммуномодулирующего ряда. Одним из новых представителей этой группы является имунофан. **Цель.** Изучить морфогенез семенников экспериментальных животных репродуктивного периода в условиях иммуностимуляции. Исследование проведено на 60 половозрелых белых беспородных крысах-самцах. Для создания модели иммуностимуляции применялся имунофан на 1, 3, 5, 7, 9 сутки эксперимента в дозировке 0,7 мкг/кг массы тела животного. Контролем служили крысы, получавшие 0,9% раствор натрия хлорида в эквивалентных объёмах и по той же схеме. Животных выводили из эксперимента через 1, 7, 15, 30 и 60 суток. Органы взвешивали на торсионных весах, рассчитывали относительную массу, определяли линейные размеры с помощью штангенциркуля: длину, ширину и толщину. По формуле объёма эллипсоида вращения рассчитывали объём органа. Микроморфометрические измерения: больший и меньший диаметры, площадь канальца, высота и площадь эпителиосперматогенного слоя, индекс сперматогенеза. Полученные данные обрабатывали с применением методов параметрической статистики. После окончания введения имунофана были выявлены изменения органомерметрических параметров органов. Так, статистически значимое отличие параметров было установлено на 30 и 60 сутки после окончания введения препарата: абсолютная и относительной массы масса увеличивалась на 7,12%, 10,84% и 5,77%, 6,59% соответственно. Линейные и объёмные параметры органов после применения иммуносупрессора претерпевали сходные изменения. Так, достоверные отклонения были установлены на 30 и 60 сутки наблюдения. После окончания введения препарата изменения микроморфометрических показателей семенников отмечались в те же сроки наблюдения, имея тенденцию к увеличению относительно данных контрольных групп животных. После применения имунофана морфометрические показатели извитых семенных канальцев достоверно превышали контрольные данные. Так, больший и меньший диаметры увеличивались на 5,67%, 9,17%, и 5,12%, 8,35% соответственно 30 и 60 суткам наблюдения. Синхронно увеличивались площади канальца и эпителиосперматогенного слоя – на 8,05%, 10,36%, и 7,31%, 10,04%. Высота последнего, а также индекс сперматогенеза статистически значимо превышали данные контрольных групп животных. Так, на 30 и 60 сутки после прекращения введения иммуностимулятора эти параметры увеличивались на 7,91%, 13,31% и 10,08%, 9,64% соответственно. На 1, 7 и 15 дни наблюдения все исследуемые параметры органа достоверно не отличались от контрольных данных. **Выводы.** Статистически значимые изменения органомерметрических параметров органа отмечаются на поздних сроках эксперимента (30 и 60 сутки наблюдения), что объясняется фармакодинамическими особенностями препарата, оказывающего наиболее интенсивное стабилизирующее, антиоксидантное и детоксикационное действие во время длительной фазы действия.

*Киосев Н.В.*

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

### **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ АДАПТАЦИИ**

Студенческому периоду присущ высокий риск манифестации и развития психических заболеваний. Деадаптационные нарушения оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности, повышают риск употребления психоактивных веществ и суицидов в студенческой среде.

**Цель исследования:** Установить особенности психофункциональной характеристики студенческой молодежи при нарушении адаптации.

**Материал и методы:** При наличии информированного согласия, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии обследовано 208 студентов младших курсов медицинского факультета медицинского университета, а именно: 136 девушек (65,4%) и 72 юноши (34,6%) в возрасте от 17 до 21 года. Методы исследования: социально-

демографический, психодиагностический, статистический. Психодиагностический метод реализован при помощи теста «Самочувствие, Активность, Настроение» («САН», В. О. Доскин и соавт., 1973) – дифференцированной самооценки функционального состояния.

**Результаты и их обсуждение:** По результатам исследования для всех изучаемых показателей «САН» обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв  $\min - \max$  от 1,00 до 7,00. Это демонстрирует наличие высокой степени разнообразия признаков психофункциональной характеристики исследованных студентов.

Установлено статистически значимое ( $p < 0,01$ ) превышение конструктора настроения ( $5,71 \pm 1,11$  баллов) над значениями самочувствия ( $5,31 \pm 0,91$  баллов) и активности ( $4,57 \pm 0,90$  баллов). Величина медианы настроения студентов  $Me = 6,10$  баллов превышает верхнюю границу оптимального диапазона (5,0–5,5 балла), что свидетельствует о психоэмоциональном возбуждении, которое может приводить к хроническому переутомлению и развитию психологического дистресса.

**Выводы:** Психоэмоциональное состояние студентов младших курсов университета характеризуется полиморфностью, из них 50% респондентов находятся в зоне риска формирования нарушений адаптации. Полученные данные легли в основу комплексной системы профилактики нарушений адаптации у студенческой молодежи.

**Киосева Е.В., Оборнев Л.Е., Киосев Н.В.**

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

### **ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

В ряде стран осуществляется обучение врачей навыкам общения в рамках стандартной университетской образовательной программы по Калгари-Кембриджскому руководству. Формирование эффективной клинической коммуникации является актуальной проблемой в процессе непрерывного медицинского образования.

**Цель исследования:** Анализ мнения педагогов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО о целесообразности разработки и внедрения образовательных программ формирования навыков общения в клинической практике.

**Материал и методы:** В исследовании приняли участие 30 курсантов цикла «Педагогика высшей школы» на кафедре организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в сентябре 2018 г. Из них: 50% (15/30) мужчин и 50% (15/30) женщин. Первичное обучение проходило 26,7% (8/30) участников и 73,3% (22/30) повторное; в том числе 20% (6/30) профессоров, 40% (12/30) доцентов, 20% (6/30) ассистентов и 20% (6/30) преподавателей различных кафедр университета. Проведен анализ мнения слушателей о качестве обучения навыкам общения в медицинской практике. Методы исследования: информационно-аналитический, социально-демографический, статистический.

**Результаты и их обсуждение:** Установлено, что 93,3% курсантов цикла заинтересованы в получении медико-психологической информации об эффективной коммуникации. Педагоги высоко оценили (96,7%) представляемые данные о методах пациент-ориентированного общения в лечебно-реабилитационном процессе, которое коррелирует с эффективностью их профессиональной деятельности, психоэмоциональным благополучием и удовлетворенностью от работы, а также отражается на самочувствии и здоровье пациента.

**Выводы:** Эффективная коммуникация является центральной в клинической подготовке. Навыки профессионального общения необходимы для практики высококачественной медицины и выступают ресурсом «... искусства побеждать болезнь».

Полученные результаты положены в основу разработки обучающей программы навыкам эффективного общения в медицине.

**Киреев И. А., Колесников А. Н.**

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

### **МЕЛАТОНИН – МОЩНЫЙ ЭНДОГЕННЫЙ АНТИОКСИДАНТ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ НЕЙРОЗАЩИТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ЭТАНОЛА В МОЗГ**

**Цель исследования:** Акцентировать внимание и оценить механизм действия на нейровоспаление и нейродегенерацию в мозге, вызванного повышением активных форм кислорода (свободных радикалов, ионов кислорода, перекисей), вследствие острого поступления этанола, и возможность повлиять на окислительный стресс с помощью эндогенного антиоксиданта – мелатонина.

**Материалы и Методы:** Проведен литературный обзор масштабных рандомизированных мультицентровых клинических исследований на основе баз данных Medline Embase, Кокрановского центрального регистра контролируемых исследований (Cochrane Central Register of Controlled Trials), где были использованы молодые лабораторные крысы, в которых *in vivo* и *in vitro* были введены доза этанола (5 г / кг, подкожно) и доза мелатонина (20 мг / кг, внутривенно). Через четыре часа после единственной *in vivo* инъекции, все крысы умерщвлялись для дальнейшего биохимического (вестерн-блоттинг, иммуногистохимического и др.) анализов.

**Результаты:** Результаты биохимического, иммуногистохимического и иммунофлуоресцентного анализа показали, что мелатонин значительно повышал концентрацию основного эндогенного антиоксиданта Nrf2 и гемоксигеназы-1, следовательно имеет место быть, острое вызванное этанолом повышение активных форм кислорода и выраженный окислительный стресс в развивающемся мозге грызунов, в мышечном гипокампе HT22 и микроглиальных клетках BV2. Следует отметить, что мелатонин действовал через Nrf2-зависимый механизм

для ослабления нейронального апоптоза в постнатальном мозге грызунов в клетках HT22. Результаты иммуногистофлуоресценции также показали, что мелатонин предотвратил вызванную этанолом нейродегенерацию в развивающемся мозге грызунов. Результаты, полученные *in vitro* говорят что мелатонин индуцировал *нейропротекцию* через Nrf2-зависимый способ и уменьшает нейротоксичность этанола.

**Заключение:** В заключение, результаты *in vivo* и *in vitro* продемонстрировали, что *мелатонин* действует как мощный эндогенный антиоксидантный нейропротекторный нейрогормон, который стимулирует главный эндогенный антиоксидант Nrf2 и уменьшает вызванное этанолом повышение активных форм кислорода (свободных радикалов, ионов кислорода), нейровоспаление, и нейродегенерацию в развивающемся мозге. Мы предполагаем, что мелатонин останавливает вызванные этанолом вредные эффекты и может быть *полезным для предотвращения* нейротоксичности при алкогольных эмбриофетопатиях.

**Колесников А.Н., Алексеенко А.А.**

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

### **ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АСПИРАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ**

Актуальность. Нарушение проходимости дыхательных путей, угнетение дыхания, гипоксия, гиперкапния являются грозными осложнениями аспирации дыхательных путей при проведении аналгоседации в стоматологической хирургии.

Для охлаждения режущего инструмента хирурги используют стерильный физиологический раствор, в связи с этим существует опасность аспирации верхних дыхательных путей. Обеспечение адекватного самостоятельного дыхания является одной из первоочередных задач врача-анестезиолога во время проведения аналгоседации.

Материал и методы. Существует несколько вариантов обеспечения проходимости верхних дыхательных путей:

- эвакуационная система DryShield, Isolite, Isodry. К преимуществам данной системы относятся: эвакуация жидкости и пыли производится постоянно и равномерно со всей полости рта без участия ассистента хирурга, что позволяет ассистенту уделить больше внимания проведению самой операции; наличие накусочного блока, который позволяет зафиксировать широту открытия рта на длительное время, несмотря на уровень сознания пациента; простота использования и освещение рабочей зоны. Основным недостатком данной системы является отсутствие герметичности дыхательных путей.

- назотрахеальная интубация. Преимуществами интубации трахеи являются: полная герметичность дыхательных путей; отсутствие трубки в ротовой полости, которая может негативно влиять на работу хирургической бригады. Недостатки: возможна травматизация верхних дыхательных путей и голосовых связок; необходим достаточно глубокий уровень аналгоседации. В отношении надежности протекции дыхательных путей интубация трахеи остается «золотым стандартом», но назотрахеальная интубация требует от анестезиолога определенного мастерства и опыта. Также необходимо постоянно быть готовым к определенным осложнениям как во время, так и после интубации.

- ларингеальная маска. Внедрение ларингеальной маски в практику аналгоседации в стоматологии позволило анестезиологу избежать многих проблем, связанных с назотрахеальной интубацией. Ларингеальная маска имеет ряд преимуществ перед эндотрахеальной трубкой: значительно меньшая инвазивность, альтернатива при трудной интубации, меньший риск развития бронхо- и ларингоспазма, меньший риск повреждения зубов, требуется значительно меньшая глубина седации. Однако ларингеальная маска может быть установлена только через рот, что значительно затрудняет работу хирургической бригаде в связи с ограничением операционного пространства. Так же при повышенной подвижности ларингеальной маски может нарушаться герметичность дыхательных путей.

Результаты. В течении 2014г.-2018г. на базе «студии имплантологии доктора Дзюбы» было проведено 649 хирургических вмешательств под аналгоседацией. Были применены такие методы обеспечения проходимости верхних дыхательных путей: эвакуационная система Isolite – 248 пациентов, назотрахеальная интубация – 179 пациентов, ларингеальная маска – 222 пациента. Осложнений во время и после хирургических вмешательств выявлено не было.

Выводы. Данные методы обеспечения проходимости дыхательных путей имеют ряд особенностей, и в каждом определенном случае необходимо сопоставлять недостатки и преимущества с целью проведения адекватной и безопасной аналгоседации в амбулаторных условиях при стоматологических вмешательствах.

**Колесников А.Н., Волкова А.В., Мустафин Т.А., Омелаева В.В.**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неонатологии

### **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНДЕКСА ГАРКАВИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Цель.** Оценка влияния индекса Гаркави (ИГ) в преддверии родов на степень полиорганной недостаточности у недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

**Материалы и методы.** Исследование проводится на базе отделения интенсивной терапии для новорожденных и отделения неонатологии ДокТМО МЗ ДНР. Проанализированы 42 истории родов и историй развития новорожденных соответственно.

**Результаты.** Все исследуемые новорожденные были разделены на 2 группы: группа I – дети с ЭНМТ; группа II – дети с ОНМТ. При оценке влияния ИГ матерей на риск развития полиорганной недостаточности у детей двух групп было отмечено, что у матерей новорожденных I группы отсутствует повышенный ИГ, а имеют место только низкий и нормальный показатель, чего нельзя сказать о II группе, где этот индекс варьирует. Оценивая шкалу quick SOFA, при сравнении двух групп испытуемых, отмечено, что в I и II группах при пониженном ИГ есть тенденция к снижению показателей полиорганной недостаточности с возрастом суток жизни - от  $2,5 \pm 0,14$  до  $2,3 \pm 0,27$  и от  $2,5 \pm 0,2$  до  $1,7 \pm 0,2$  соответственно. Эта тенденция более значительна у детей с массой тела более 1000 грамм (II группа). В случае же с нормальным уровнем ИГ это более свойственно для новорожденных группы I, чем у детей из II группы – от  $2,5 \pm 0,16$  до  $1,6 \pm 0,29$  и от  $2,5 \pm 0,5$  до  $2 \pm 0$  соответственно. В I группе у новорожденных более выражены признаки полиорганной недостаточности при пониженном уровне ИГ матери. Во II группе эти показатели выше при нормальном уровне ИГ матери, но в тот же момент в обеих группах, несмотря на уровень ИГ, цифры полиорганной недостаточности уменьшаются при возрастании количества суток жизни ребенка. При оценке выраженности полиорганной недостаточности по шкале Neomod выявляется та же тенденция, что и ИГ, что всё то же снижение показателей полиорганной недостаточности при пониженном ИГ с ростом суток жизни, что в I группе (от  $7,4 \pm 0,59$  до  $6,4 \pm 1,05$ ), что во II-ой (от  $3,6 \pm 0,5$  до  $2 \pm 0,4$ ). При сравнении этих показателей между группой I и II отмечается тенденция к прогрессированию полиорганной недостаточности в группе II.

При нормальном уровне ИГ в I группе испытуемых отмечается разнонаправленные процессы исхода полиорганной недостаточности у новорожденных. У детей с ЭНМТ с течением времени отмечается разрешение тяжести процесса, тогда как у новорожденных с ОНМТ наблюдается тенденция к утяжелению имеющейся полиорганной недостаточности.

**Выводы.** У новорожденных с ЭНМТ, отмечается тенденция к более высокой степени полиорганной недостаточности (шкалы NEOMOD и qSOFA), по сравнению с детьми группы ОНМТ. При пониженном Индексе Гаркави уровень полиорганной недостаточности у новорожденных выше, чем при его нормальных значениях, что, вероятнее всего, объясняется сниженной резистентностью или чрезмерной стрессовой реакцией матери и плода.

*Колесников А.Н., Тетерко Н.В., Мустафин Т.А., Омелаева В.В.*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неонатологии

### **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АБСОЛЮТНОГО КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ БЕРЕМЕННОЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОНМТ И ЭНМТ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С СИНДРОМОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.**

**Цель исследования.** Оценка уровня абсолютного количества нейтрофилов (АКН) переносимой стрессовой реакции у женщины в преддверии родов и его влияние на степень полиорганной недостаточности у недоношенных новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе отделения интенсивной терапии для новорожденных и отделения неонатологии ДокТМО МЗ ДНР.

**Результаты.** Проанализированы 42 истории родов и карт развития новорожденных соответственно. Все исследуемые новорожденные были разделены на 2 группы (дети с ОНМТ(17 чел) и ЭНМТ(25 чел)), и на протяжении нескольких суток жизни подверглись оценки степени полиорганной недостаточности по трём шкалам (NEOMOD, quick SOFA, Глазго). Следует отметить, что у матерей детей I группы в 14 случаях (56%), отмечались инфекционные процессы различной этиологии; в 44% случаев выявлялись поздние гестозы (11 наблюдений). В то же время во II группе - инфекционных процессов в 11 случаях (65%), гестозов в 6 случаях (35%). Отсюда следует, что более частой причиной преждевременных родов в данной выборке следует считать наличие инфекционного процесса. При оценке полиорганной недостаточности у недоношенных новорожденных в зависимости от уровня АКН матери были получены следующие данные:

- по шкале quick SOFA в группах I и II при нормальном показателе абсолютного количества нейтрофилов крови матери отмечается более высокий уровень полиорганной недостаточности у новорожденных с тенденцией к уменьшению показателей с нарастанием суток жизни, в то время как при повышенных значениях АКН уровень полиорганной недостаточности снижается параллельно увеличению до 10-х суток жизни ребёнка как в I, так и во II группах.

- по шкале Neomod в двух группах, по отношению к АКН матери, выявлено, что у детей I группы полиорганная недостаточность более выражена (до  $6,8 \pm 0,57$  баллов), чем у детей из II группы (до  $3,8 \pm 0,62$  баллов). При оценке нормальных и высоких показателей АКН в обеих группах была выявлена тенденция к снижению с ростом суток жизни новорожденных. Так, в I группе при нормальном АКН – от  $6,8 \pm 0,57$  до  $4,8 \pm 0,37$ , во II группе – от  $3,8 \pm 0,49$  до  $2,8 \pm 0,37$ . И при высоком АКН в I группе – от  $6,8 \pm 0,57$  до  $5,4 \pm 0,78$ , а во II – от  $3,8 \pm 0,62$  до  $2 \pm 0,41$ .

- по шкале ком Глазго выявлено, что в I группе при нормальном уровне АКН отмечается рост показателей сознания в зависимости от увеличения суток жизни. Во II группе роста показателей практически нет. При высо-

ком уровне АКН оценка в баллах в обеих группах увеличивается также параллельно суткам жизни детей, но во второй группе этот процесс более заметный.

**Выводы.** У новорожденных с ЭНМТ, отмечается тенденция к более высокой степени полиорганной недостаточности (шкалы NEOMOD и quick SOFA), по сравнению с детьми группы ОНМТ. При высоком уровне абсолютного количества нейтрофилов полиорганная недостаточность проявляется в более тяжелой степени у всех исследуемых детей, чем при нормальных его показателях.

*Колесников А.Н., Чирва А.Ю., Мустафин Т.А., Омелаева В.В.*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неонатологии

### **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ (ЛИИ) В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Цель исследования.** Оценка влияния лейкоцитарного индекса интоксикации у женщины в преддверии родов на степень полиорганной недостаточности у недоношенных новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела.

**Материалы и методы.** Исследование проводится на базе отделения интенсивной терапии для новорожденных и отделения неонатологии ДокТМО МЗ ДНР.

**Результаты.** В данной работе проанализированы данные ЛИИ, взятые из общего анализа крови в день родов или за 12 часов до момента родов. Все исследуемые новорожденные были разделены на 2 группы: дети с ОНМТ и ЭНМТ. Следует отметить, что у матерей I группы в 14 случаях (56%), отмечались инфекционные процессы различной этиологии; в 44% случаев выявлялись поздние гестозы (11 наблюдений). В то же время во II группе - инфекционных процессов в 11 случаях (65%), гестозов в 6 случаях (35%). Таким образом, более частой причиной преждевременных родов в данной выборке следует считать наличие инфекционного процесса. Проведя оценку средней массы тела и срока гестации новорожденных I группы, было выявлено, что оцениваемые показатели значительно выше при нормальном ЛИИ ( $1,27 \pm 0,12$ ) беременных женщин:  $27,5 \pm 0,9$  недель и  $825 \pm 63$  грамм, чем при повышенном ЛИИ ( $3,91 \pm 0,55$ ):  $26,5 \pm 0,6$  недель и  $753 \pm 42$  грамм. У детей I группы в 4 случаях (16%) имело место задержка внутриутробного развития, а у детей II группы в 3 случаях (18%), что является следствием хронического дистресса плода, на фоне внутриутробной инфекции и/или позднего гестоза, которые запускают механизмы преждевременных родов. Для определения полиорганной недостаточности оценены две группы детей по трем шкалам в разные сутки жизни. Оценка влияния ЛИИ в крови матерей на уровень поражения систем и органов новорожденных проводилась по шкале quick SOFA (qSOFA). Отмечено, что при нормальном ЛИИ матери в 1-е, 3-е и 5-е сутки жизни у детей обеих групп показатели остаются приблизительно на одном и том же уровне ( $2,2 \pm 0,17$  –  $2,3 \pm 0,21$  балла). У детей с высоким материнским ЛИИ они постепенно уменьшаются с каждыми последующими сутками жизни (от  $2,6 \pm 0,12$  до  $2 \pm 0,25$ ). Затем на 7-е и 10-е сутки у новорожденных II группы отмечается увеличение поражения систем органов при таком же нормальном ЛИИ, в то время как у детей с высоким материнским ЛИИ эти поражения становятся меньше. При оценке по шкале Neomod видно, что очень высокие показатели полиорганной недостаточности при нормальном ЛИИ у матери наблюдаются в первые сутки у новорожденных I группы ( $5,7 \pm 0,94$  балла), в отличие от детей из другой группы ( $2,5 \pm 0,96$  балла). Затем эти показатели снижаются с последующими сутками жизни новорожденного. В то время как при высоком ЛИИ у детей II группы эти баллы прогрессивно уменьшаются (от  $3,9 \pm 0,17$  до  $2,3 \pm 0,36$ ), а у детей I группы уровень полиорганной недостаточности также уменьшается (с  $7,1 \pm 0,58$  до  $5,8 \pm 0,66$ ) только до 5-х суток, а затем остается на том же уровне ( $5,8 \pm 0,81$  балла).

**Выводы.** У матерей обеих групп исследования причинами преждевременных родов выступали преимущественно инфекционные процессы, а не поздние гестозы. Более выражена данная тенденция у матерей II группы. Повышенный лейкоцитарный индекс интоксикации матери предполагает повышенный риск преждевременных родов и задержки внутриутробного развития новорожденного. Несмотря на то, что ЛИИ является одним из первых маркеров эндогенной интоксикации беременных, его прогностическая значимость относительно возникновения полиорганной недостаточности у детей невелика.

*Колесникова А.Г., Максимова М.А., Вишняк К.А.*

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

### **ПРИРОДНАЯ ОЧАГОВЫЕ И ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ**

Донецкий регион находится на территории природных очагов: малярии, лептоспироза, псевдотуберкулеза, иерсиниоза, боррелиоза, туляремии, рабиоза и сибирской язвы. Целью наших исследований является проанализировать различные факторы, влияющие на активизацию эпидемического процесса (ЭП) зоонозных инфекций (ЗИ) в природных очагах (ПО), с учетом современного ухудшения социально-экономических условий и военных действий.

Анализ проводился по материалам региональных и городских центров санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР (ЦСЭН ГСЭС МЗ ДНР). На проявления эпидемического процесса влияют факторы внешней среды, участвующие в соответствующих механизмах передачи и основные эпидемиологические черты, харак-

терные для разных групп инфекций, социальные факторы. Нами были проанализированы различные факторы, влияющие на активизацию ЭП в районах военных действий и изменения в методах борьбы и профилактики с природно-очаговыми заболеваниями на территории ДНР в период социального неблагополучия с 2014-2017гг.

Для наблюдения за эпидемической ситуацией в природных очагах туляремии в довоенный период специалистами проводились лабораторные исследования животных в дикой природе и населения, проживающих к прилегающим территориям. В районах, где велись боевые действия, в результате нарушения пищевой цепочки (при резком уменьшении основных потребителей лис, волков), количество полевых, основных переносчиков туляремии, на территории Донецкого региона значительно возросло. Возникшие среди них эпизоотии послужили виновниками развития повышенной заболеваемости туляремией среди людей по бытовому и окопному типу. Для улучшения эпидемической ситуации необходимо проводить дезинфекцию в домашних очагах и дератизацию, как в домашних, так и в дикой природе. Вакцинация – для военных на протяжении эпидемиологического неблагополучия «плановая», всем вновь прибывающим «выборочная» по эпидемиологическим показаниям для гражданского населения проживающих вблизи очагов туляремии.

Опираясь на исторический опыт ПО заболеваний (изучаемых с середины 50-х годов), следует отметить, что в настоящее время удалось значительно улучшить эпидемиологическую ситуацию по малярии в г. Донецке, несмотря на это, еще остается повод для беспокойства в связи с военными действиями. Для этого необходимо собирать данные среди военнослужащих и ополченцев о перенесенном в прошлом заболевании малярией для проведения сезонного профилактического лечения.

Начиная с 70х годов природные очаги рибической инфекции (РИ) активизировались за счет роста популяции красных лис. Положение значительно ухудшалось с началом боевых действий. Появилось огромное количество бездомных собак и кошек, оставшихся без присмотра, в связи с миграцией населения из мелких населенных пунктов и прифронтовых районов в более спокойный центр Донецка. Бездомные животные инфицируются от лисиц, волков и других диких животных, которые являются естественными резервуарами инфекции (только за 2016 год в Донецком регионе было зарегистрировано более 24 случаев заболевания животных). Следовательно, для улучшения эпидемиологической ситуации в Республике, помимо профилактики бешенства среди населения антирибической вакциной, необходимо проводить отлов, обследование, вакцинацию и организацию приютов для бездомных животных (ежедневно в Учреждения Республики за антирибической помощью обращаются 10-15 человек).

Если в мирное время основными подходами в профилактике сибирской язвы являлась профилактическая вакцинация домашнего скота, правильный забой и захоронение погибших от сибирской язвы животных, с последующим картированием скотомогильников, то в настоящее время особенностью является бактериологическое обследование почвы, на месте ведения военных действий, и в случае разрушения скотомогильников, дезинфекция почвы, восстановление скотомогильников с последующим обновлением, картированием а так же при риске заражения людей, их вакцинация по эпидемиологическим показаниям. На основании выше изложенного можно сделать следующие выводы: особенности военного времени диктуют новые нетрадиционные методы профилактики зоонозных инфекций.

*Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е., Вегнер Д.В.*

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

### **ПРОБЛЕМЫ ЭТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ ИМ. К.Т. ОВНАТАНЯНА**

Зав годы «реформ» старая система медицины была разрушена, а новая так и не была создана. Ведутся дискуссии по введению обязательного медицинского страхования, созданию института «семейного врача», децентрализации медицины. Для людей с низкой зарплатой или пенсией лекарственные препараты стали недоступными из-за приватизации фармацевтических предприятий и либерализации цен. Из-за низкой зарплаты врачи вынуждены брать с пациентов деньги за лечение.

Мораль в отношениях между людьми нередко определяет сохранение и прогресс основ демократического общества. Современная медицина уделяет большое внимание вопросам врачебной этики и деонтологии. Личность врача, его общая и профессиональная культура играют при этом главную роль. Знание основных принципов врачебной этики и деонтологии является одной из важнейших в обучении и практической деятельности для каждого медицинского работника. Служение своему долгу, отечеству, гуманизм, героизм и самопожертвование во имя здоровья и жизни человека – это высшее выражение гражданственности врача.

Клятва «Гиппократова» в течение многих веков была мерилем высоких принципов врачебной профессии. Основные её положения актуальны и в наши дни.

На современном этапе присяга врача отражает принципы высокой морали, она - присяга верности своему профессиональному и гражданскому долгу. Одна из актуальных задач медицины – улучшение качества медицинской помощи. Для этого необходимо не только совершенствование профессиональной подготовки будущего врача, но и его воспитание в духе высокой морали.

Особые нравственные качества врачебной профессии определены понятием «гуманизм», который составляет этическую основу медицины, её мораль.

В медицинскую этику входят взаимоотношения медика с больными и здоровыми людьми, с товарищами по профессии, с обществом. Этика врача изучает специфику врачебной морали. Составной частью этики является деонтология – учение о долге медицинского работника.

Мораль приобретает особое значение в деятельности хирурга, который имеет прямое отношение к физическому, психическому и духовному здоровью пациента. В Кодексе врача систематизированы моральные ориентиры плановой, неотложной и других видов деятельности врача. Профессия хирурга требует самопожертвования, чистоты души и помыслов. Пора признать и позицию ВОЗ, которая рассматривает деятельность по оказанию медицинской помощи как возмездную работу, для которой необходимо развитие «медицинского права».

Этическая и деонтологическая подготовка студентов на хирургических кафедрах особо актуальна. У 15 – 24,7% студентов отсутствует интерес к медицине, они готовы поменять профессию врача. Поэтому у некоторых выпускников в дальнейшем наблюдаются бездушие, грубость, бестактность. Этические и деонтологические качества, умения и привычки должны приобретаться в качестве неотъемлемого компонента вузовского образования. Плохих врачей не должно быть совсем. Улучшать отбор следует усовершенствованием конкурсного экзамена. Лекции и практические занятия должны предусматривать также необходимые сведения об этике и деонтологии. Воспитатели и наставники будущих врачей сами должны быть примером гражданина и учёного.

Таким образом, усилия хирургического коллектива и преподавателей медицинского ВУЗа должны быть направлены на то, чтобы врач имел широкую научную и практическую подготовку, хорошо владел основами философии, истории, этики и деонтологии.

*Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Греджев Ф.А., Шаталов А.Д.*

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

### **НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-ХИРУРГОВ**

Не подлежат сомнению, что страна, которая не имеет прогрессивной системы образования, обречена на основание в развитии современных технологий и неизбежно проигрывает в мировом сотрудничестве.

На современном этапе увеличение самостоятельной работы студента под контролем преподавателя является общей тенденцией обучения. Большое значение имеют кадровое, материально-техническое, методическое обеспечение учебного процесса, повышение мотивации студентов к обучению.

Применение компьютерных технологий вызывает большой интерес к хирургии у студентов, расширяет возможности познания нового материала и его понимание. «Компьютерные учебники» позволяют максимально использовать звуковую, графическую и видеоинформации в обучении нового поколения врачей. Но внедрение компьютерных образовательных программ, мультимедийных программ на СД-дисках уступает аналогичным подготовительным центрам Запада. Электронный учебник – это высокопрофессиональное справочное пособие, пригодной как для индивидуального, так и коллективного пользования. Однако использование электронных учебников не в состоянии заменить то, что может и должен получить студент на практических занятиях у постели больного, в перевязочной, операционной и т.д.

Компьютерные технологии можно подключать к сети Internet для получения или передачи видеоматериалов. Становятся возможными и доступными контакты с любыми учебными заведениями мира (съезды, конференции, семинары, наблюдение за ходом операции в ведущих зарубежных клиниках). Телемедицина применяется для консультаций в удалённых и труднодоступных районах.

Применение телекоммуникаций позволяет организовать совместные исследовательские работы студентов, врачей, преподавателей, научных работников из различных научных и учебных центров. Консультационную помощь можно обеспечивать с привлечением самых авторитетных специалистов для консилиумов. Можно создавать сети дистанционного обучения студентов в вынужденных условиях (локальные военные конфликты и др.), повышать квалификацию врачей, обмениваться новыми идеями, планами, темами, добывать и обрабатывать современную информацию, способствовать культурному, гуманитарному развитию студентов и врачей.

Образная видеоинформация усваивается лучше, чем текстовая. Применение новейших информационно – компьютерных технологий на кафедре хирургии является весьма полезным и перспективным (алгоритмы, навыки и др.). Однако практические навыки следует приобретать в клинике или лаборатории. Создание единой электронной базы пациентов является современным и перспективным направлением в телемедицине.

Таким образом, современные информационно-компьютерные технологии позволяют обеспечить процесс обучения хирургии необходимым материалом; доступ к отечественным и зарубежным электронным библиотекам; дистанционную форму обучения; обратную связь между преподавателем и студентом. Внедрение таких технологий будет способствовать улучшению качества подготовки студентов и молодых врачей.

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

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

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

### **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ**

**Цель работы:** улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с повреждениями органов грудной полости при минно – взрывной травме на этапе оказания специализированной помощи.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ лечения пострадавших с минно – взрывными повреждениями органов грудной полости, находившихся на лечении в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна, за период с 2014 по 2017 годы.

При уточнении характера имеющихся повреждений, предпочтение отдавалось рентгенологическим ме-

тодам исследования, как наиболее информативным и легкодоступным.

Помимо общепринятых клинических и лабораторных средств обследования нами применялись следующие специальные методы - УЗИ плевральных полостей, брюшной полости и забрюшинного пространства, спиральная компьютерная томография (СКТ), торакоскопия, лапароскопия,

**Результаты и обсуждение:** В состоянии средней тяжести было доставлено 34 % раненых, в тяжелом — 53 %, в крайне тяжелом и терминальном — 13 % раненых.

Тяжесть состояния доставленных в клинику пострадавших была обусловлена повреждением жизненно важных органов, нарушениями их функций и развитием синдрома взаимного отягощения.

В абсолютном большинстве случаев осколочные ранения органов грудной полости сопровождались контузией легочной паренхимы. Клиническая картина нередко отягощалась наличием шока, внутригрудным кровотечением, пневмотораксом, ранением диафрагмы, сердца.

Внутриплевральные осложнения распределились следующим образом: пневмоторакс – 23 %, гемоторакс – 18%, гемопневмоторакс – 59 %.

Основные лечебные мероприятия были направлены на борьбу с шоком, адекватное обезболивание, санацию трахеобронхиального дерева, антибактериальную терапию.

Показаниями для выполнения неотложной торакотомии, которая в части случаев являлась элементом реанимационных мероприятий являлись - тампонада сердца, подозрение на ранение сердца и массивное внутриплевральное кровотечение.

**Выводы:** Высокая летальность, раневые осложнения, длительные сроки пребывания в лечебных учреждениях, утрата трудоспособности и высокий уровень инвалидизации определяли необходимость дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи у данной категории пострадавших. Успех лечения пострадавших достигался своевременной диагностикой всех имеющихся повреждений, с первоочередным выделением доминирующей жизнеугрожающей травмы того или иного органа.

*Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Греджев Ф.А., Филахтов Д.П.*

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

### **КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ, ИНТЕРНОВ И КУРСАНТОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ ИМ. К.Т. ОВНАТАНЯНА**

С каждым годом значительно увеличивается объём информации, которую следует усвоить для конкурентоспособной профессиональной подготовки специалистов-хирургов. Однако в учебных программах отводится недостаточное количество аудиторного времени, чтобы усвоить многие разделы хирургии. Поэтому много учебного материала отводится для самостоятельного внеаудиторного изучения. Но контроль такого обучения и оценка его качества оставляют желать лучшего.

Внедрение компьютерных технологий в процессе обучения позволяет в значительной мере решить эту проблему. В компьютере можно быстро найти сведения о последних достижениях современной науки и оценить степень усвоения материала по тестам. Из-за постоянного роста объёма и обновления научной информации целесообразно более оперативно представлять учебный материал, чем это отражено в учебниках и пособиях.

Ценным средством для развития системы обучения явилось создание компьютерных учебных пособий (электронных учебников на СД-дисках) и обучающих компьютерных программ. Поиск по электронному варианту учебника значительно облегчается благодаря системе навигации по ключевым словам или с помощью электронного меню по разделам учебника. Система гиперссылок является дополнительным справочным материалом, что расширяет объём информации. Кроме того, анимация различных схем и рисунков позволяет более наглядно иллюстрировать материал, что улучшает восприятие информации. Преимуществом электронного учебника является возможность неоднократного повторения, воспроизведения видеозаписей текстов, алгоритмов, практических навыков, манипуляций, способов операций. Следует отметить и возможность звукового сопровождения навыков, операций и др.

Качество усвоения изученного материала осуществляется с помощью контрольного тестирования после каждого изученного раздела. При неправильных ответах указываются ошибки и следует снова вернуться к изучению материала для устранения недостатков. Это формирует системный подход к процессу обучения и позволяет достичь высокого качества знаний на всех этапах.

На кафедре хирургии им. К.Т. Овнатаняна идёт непрерывное совершенствование качества электронного учебника. Программы контролирующего типа включают тестовые задачи с перечнем правильных и неправильных ответов, без анализа ошибок. Программы обучающего типа имеют целью указать правильное решение конкретной задачи (анализ результатов исследований), выбор наиболее информативных методов диагностики, тактики и методов лечения), исходя из рекомендаций ведущих научных учреждений и специалистов. Программы обучающего типа моделируют также ситуации по оказанию помощи при неотложных состояниях.

При сравнении ответа обучаемого и компьютерного анализируются допущенные ошибки и недостатки, указываются пути их устранения.

Таким образом, разработка и совершенствование компьютерных технологий в учебном процессе на кафедре хирургии им. К.Т. Овнатаняна будет способствовать повышению качества самостоятельной работы студентов, интернов и курсантов, улучшению профессиональной подготовки специалистов-хирургов.

*Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Греджев Ф.А., Кузьменко А.Е., Вегнер Д.В.*  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОГО ПОСОБИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ СТРУКТУРЫ И КОНТУЗИИ ПОЛЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ В УСЛОВИЯХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ И МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ**

Частота повреждения полых органов среди огнестрельных ранений органов брюшной полости (ОБП) составляет 37,4-85%. Изолированное ранение полых органов наблюдается у 40% раненых в живот, а одновременное повреждение полых и паренхиматозных органов – у 60%. Минно-взрывная травма живота (МВТЖ) в 68-82% случаев является проникающей, при этом повреждается одновременно несколько органов (до 90%). Контузионные повреждения возникают вследствие воздействия на ткани ударной волны, энергии бокового удара и вихревого следа, а также вокруг раны нарушения структуры органа.

**Цель работы** – уточнить лечебно-диагностическую тактику при контузионных повреждениях полых абдоминальных органов в результате огнестрельных и минно-взрывных ранений живота (МВРЖ).

**Материал и методы.** Проанализированы результаты диагностики и лечения 38 пациентов с огнестрельными ранениями и 23- с МВТЖ, которые лечились в клинике им. К.Т. Овнатаняна за последние 4 года. Мужчин было 55 (90,2%), женщин – 6 (9,8%) в возрасте от 17 до 73 лет. Диагностические методы зависели от тяжести пострадавших. Применялись (в разных сочетаниях) следующие методы: клиничко-лабораторные, обзорная рентгенография живота, лапароцентез, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, лапароскопия. Для статистической обработки применяли пакет «Statistica 6.0».

**Результаты и обсуждение.** 61 раненого в клинике оперировали (в экстренном порядке – 20, в срочном – 27, в отсроченном – 14). Частота выполнения операций у раненых с ведущими повреждениями кишечника: ушивание раны желудка – 13 (21,3%), ушивание раны тонкой кишки – 20 (32,8%), резекция тонкой кишки с энтероэнтероанастомозом – 11(18,0%), ушивание раны печени – 24 (39,3%), ушивание раны толстой кишки – 11 (18,0%), двустольная колостомия – 8(13,1%), операция Гартмана – 6(9,8%), резекция толстой кишки – 2 (3,2%), спленэктомия – 8(13,1%), ушивание ран диафрагмы – 11 (18,0%), цекостомия – 2 (3,2%). Резекцию тонкой кишки выполняли, отступая от поврежденного участка 25 – 30 см. Развитие контузионно-комоционного синдрома (в 32,4% случаев) значительно осложняет пред- и послеоперационный периоды. После операции различные осложнения возникли у 19 (31,1%) пострадавших. Умерли 9 (14,7%) чел. от перитонита и полиорганной недостаточности.

**Выводы.** При огнестрельных и МВРЖ выбор диагностического метода и способа операции зависит от тяжести пострадавших. В первую очередь операцию следует выполнять на жизнеугрожающих поражённых органах. Контузионно-комоционный синдром (в том числе и с контузионным повреждением полых органов) значительно осложняет состояние раненных до и после операции, что необходимо учитывать при назначении комплексной терапии. При наличии нежизнеспособного участка кишечника вследствие контузии выполняют его резекцию, отступая от поврежденного участка 25-30 см, с наложением анастомоза или стомы.

*Колкин Я.Г.,<sup>1</sup> Вегнер Д.В.,<sup>1</sup> Филахтов Д.П.,<sup>1</sup> Лобанов Е.В.,<sup>2</sup> Пащенко А.А.,<sup>2</sup> Атаманова Л.В.<sup>2</sup>*

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

<sup>2</sup>Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДИАФРАГМЫ**

**Актуальность проблемы.** В связи с возрастающей встречаемостью и высокой летальностью, посттравматические и осложненные состояния диафрагмы всё больше становятся объектом внимания клиницистов. Ситуация усугубляется разнообразием форм и вариантов клинического течения этой патологии, особенно в случаях её осложненного течения. С другой стороны, ряд аспектов проблемы, касающейся диагностики и лечения травматических повреждений этого органа, оставаясь в чём-то дискуссионными, не теряют своей актуальности и сегодня.

**Цель работы.** Улучшение качества диагностики данной патологии для оказания пациентам современной лечебной помощи.

**Материалы и методы.** В клинике хирургии им. проф. К.Т.Овнатаняна Донецкого национального медицинского университета за период с 2007 по 2017 гг. находились на лечении 204 больных с разнообразными видами хирургической патологии диафрагмы. Анализу подвергся материал, включающий 131 пациента с острыми клиничко-рентгенологическими проявлениями имеющейся у них патологии. У 42 пострадавших диагностированы ранения диафрагмы, а у 89 пациентов констатированы осложненные формы течения различных видов диафрагмальных грыж (ущемление абдоминальных органов при ранении 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, фиброэзофагогастродуоденоскопия, компьютерная томография и др. методики.

**Результаты и обсуждение.** Из общего числа наблюдаемых больных с хирургической патологией диафрагмы (204), оперировано 42 пострадавших пациентов с острыми травматическими повреждениями купола

диафрагмы, а также 89 больных с различными видами диафрагмальных грыж, имеющих осложненное течение. У подавляющего большинства пациентов с ранениями диафрагмы и посттравматическими диафрагмальными грыжами, операция заключалась в мобилизации грыжевого содержимого из сращений (если таковые имелись), низведении абдоминальных органов в брюшную полость и ушивании дефекта диафрагмы. Одному больному с посттравматической диафрагмальной грыжей после неудачной операции, ранее выполненной по месту жительства, потребовалось замещение проленовой сеткой 60% левого купола диафрагмы и значительного участка перикарда. У 87 пациентов с осложненным течением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, последняя устранена с помощью разработанной нами методики – пластики пищеводного отверстия (патент Российской Федерации № 764665).

Умерло 3 оперированных больных (1 – в связи с тромбозом ствола легочной артерии и 2 - в результате отека легких и головного мозга, возникших после операции, в связи с дооперационной пролонгацией высокой желудочно-кишечной непроходимостью). Остальные пациенты выздоровели.

**Выводы.** Таким образом, применение доступных диагностических приемов и средств позволяет в большинстве случаев верно оценивать характер патологического процесса. При этом фактор времени, прошедшего с момента травмы у данного контингента больных, имеет большое значение, и оперативное вмешательство должно быть произведено как можно раньше.

*Комаров С.С., Князева А.Н.*

Государственное учреждение «Луганский республиканский наркологический диспансер» Луганской Народной Республики  
**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ  
У ПОДРОСТКОВ**

В последние годы употребление несовершеннолетними и молодежью алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ превратилось в проблему, представляющую серьезную угрозу здоровью населения, социальной сфере и правопорядку.

Химическая зависимость (аддикция) – зависимость лица от того или иного химического агента, которая проявляется потребностью в его постоянном употреблении. Это понятие объединяет табакокурение, алкоголизм, наркоманию, токсикоманию. Развитие химической зависимости сопровождается значительным ростом толерантности. Перерывы в систематическом употреблении психоактивного вещества предопределяют своеобразные болезненные состояния, то есть абстинентный синдром.

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, а также на устранение причин заболеваний.

Первичная (предупредительная) профилактика имеет целью предупредить начало употребления психоактивных веществ молодыми людьми, воздерживающимися от употребления, а также прекратить случайное и экспериментальное употребление. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой и ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи. Усилия первичной профилактики направлены на сохранение либо укрепление здоровья.

Вторичная (селективная) профилактика избирательна, она ориентирована на лиц, имеющих регулярный опыт проблемного употребления психоактивных веществ без зависимости, но при этом с высокой вероятностью возникновения заболевания.

Третичная (модификационная) профилактика является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на лиц со сформированной зависимостью от психоактивных веществ. Такая профилактика направлена на предупреждение дальнейшего развития заболевания, уменьшение вредных последствий и на предупреждение рецидива.

На сегодняшний день практически все учебные заведения Луганской Народной Республики охвачены теми или иными видами профилактической работы. Регулярно проводятся лекции, беседы, круглые столы. Врачи-наркологи Луганского республиканского наркодиспансера дают специальные знания учащейся молодежи средних школ, училищ, техникумов, колледжей. Ожидаемый результат – влияние полученных знаний на установки и поведение подростков.

*Конов В.Г., Соловьев Е.Б., Иофе Е.И.*

**ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ИМ. В.К. ГУСАКА  
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА И СРЕДОСТЕНИЯ**

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения больных с опухолями сердца и средостения.

Материалы и методы. За период 2008-2018 года в ИНВХ им.В.К.Гусака оперировано 22 больных с опухолями сердца и средостения. Мужчин было 12 (54,5%), а женщин – 10 (45,5%). Возраст пациентов колебался от 1 месяца до 73 лет. Доброкачественные новообразования отмечено у 95,5% пациентов, злокачественные – 4,5%. У взрослых пациентов в 100% случаев имели место миксомы, при этом локализации в левом предсердии отмечена у 87% больных, в правом предсердии – у 13%. У пациентов детского возраста встречались: рабдомиомы, гамартома межжелудочковой перегородки, тимома переднего средостения, тератома верхнего средостения, фиброма межжелудочковой перегородки, метастаз остеосаркомы в правое предсердие.

Результаты. Всем пациентам с миксомами сердца выполнялось удаление новообразования с иссечением ножки, рецидивов опухолей не наблюдалось. У мальчика 11 лет с метастазом остеосаркомы в правое предсердие

выполнено удаления образования правого предсердия с пластикой правого предсердия заплатой из аутоперикарда, через 1,5 месяца после оперативного лечения у ребенка – ишемический инсульт, по данным компьютерной томографии визуализирован метастаз в головном мозге, через 1 месяц от операции на головном мозге по данным эхокардиографии (Эхо-КГ) визуализировано новообразование в левом предсердии, что явилось причиной летального исхода. В одном случае фибромы межжелудочковой перегородки по данным Эхо-КГ в послеоперационном периоде отмечено резидуальное объемное образование в 2/3 базальных отделах межжелудочковой перегородки без обструкции выходного тракта правого желудочка. Гамартома межжелудочковой перегородки с прорастанием в правый желудочек у ребенка 1 месяца вызывала обструкцию выходного тракта правого желудочка, что потребовало выполнение процедуры Рашкинды и наложения анастомоза Блелок-Тауссиг. Образование переднего и верхнего средостения подлежали полному удалению, без рецидива опухоли в динамике наблюдения.

Выводы. Хирургическое иссечение новообразований сердца и средостения, оказывает позитивный терапевтический эффект. Если удастся осуществить полную резекцию новообразования, при отсутствии поражения других органов тела, прогноз у данной группы пациентов довольно хороший.

**Костенко В.С., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Талалаенко Ю.А., Кабанько Т.П.**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДоКТМО) МЗ ДНР

### **ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) относится к наиболее распространенной печеночной патологии среди будущих мам и является одним из самых тяжелых осложнений беременности. ХГБ – это состояние, при котором клетки печени не справляются со своей функцией. В большинстве случаев болезнь дает о себе знать на сроке от 28 до 34 недель беременности. Ведущим симптомом этой патологии является кожный зуд. В биохимическом анализе крови, на наличие заболевания указывает повышение некоторых специфических ферментов: щелочной фосфатазы (ЩФ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), а также билирубина. Традиционная медикаментозная терапия гепатоза заключается в назначении препаратов, улучшающих отток желчи. (хофитол, гепабене и другие лекарственные средства растительного происхождения), а также гепатопротекторов (гептрал и другие), которые помогают защитить клетки печени и восстанавливают работу печени и снимают симптомы гепатоза. Дозировка подбирается индивидуально в зависимости от тяжести состояния пациентки. Под нашим наблюдением, в отделении акушерской интенсивной терапии ДоКТМО, находились 14 беременных женщин в возрасте от 22 до 36 лет, со сроком беременности от 29 до 36 недель беременности, у которых наблюдалось тяжелое течение гепатоза на фоне проводимой традиционной медикаментозной терапии (уровень общего билирубина превышал показатель нормы, в среднем, в 2,7 раза; уровень ЩФ – в 2,2 раза, уровень АЛТ – в 5,8 раза, уровень АСТ – в 4,9 раза). В связи с этим, к традиционной медикаментозной терапии тяжелого гепатоза беременных был добавлен курс плазмафереза (ПФ), включающий, в среднем, 4 сеанса, с интервалом в 48 часов. Все беременным были выполнены сеансы проточного, фильтрационного ПФ по одноигльной схеме подключения на аппарате АПФ-1 «Гемофер», плазмочиститель ПФМ-800 с плазмозксфузией – 700 мл за один сеанс, замещение осуществлялось за счет кристаллоидных растворов. Осложнений по ходу сеансов ПФ не наблюдалось. После проведения курса плазмафереза на фоне традиционной медикаментозной терапии, у всех беременных отмечался регресс в течение гепатоза. Так, уровень общего билирубина у всех наблюдаемых беременных стабилизировался в пределах диапазона нормы; уровень ЩФ, в среднем, снизился – в 2,1 раза, уровень АЛТ – в 5,6 раза, уровень АСТ – в 4,8 раза от исходных показателей.

Таким образом, включение в программу традиционного медикаментозного лечения тяжелого гепатоза беременных, курса плазмафереза способствовало повышению эффективности проводимой терапии, регрессу симптоматики данной акушерской патологии, что позволило пролонгировать беременность и завершить беременность в срок.

**Косторев А.С. Кустов Д.Ю.**

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

### **ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НИЗКИХ ДОЗ ГЕПАРИНА И АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ НА САМОК БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС, С МОДЕЛЬЮ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА**

Аутоиммунный гипогонадизм (АГ) распространен среди людей, страдающих бесплодием. Среди основных причин развития АГ рассматриваются инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта, травмы, врожденные дефекты гениталий. Существуют многочисленные свидетельства сочетания аутоиммунных заболеваний. АГ так же не является исключением. Есть данные, свидетельствующие о значительной частоте сочетания АГ с ревматоидным артритом, аутоиммунным тиреоидитом и пр. Диагностика же, аутоиммунных заболеваний затруднена, что связано с особенностями клинических проявлений. Характерное для АГ патологическое влияние оказывает воздействие на все системы и органы, в том числе систему крови. В связи с этим ком-

плексное лечение АГ включает в себя коррекцию их состояния. Многолетнее, успешное применение гепарина и аминокaproновой кислоты для коррекции отклонений гемостатических показателей подтолкнуло нас к идее возможности наличия влияния данных препаратов на общую картину крови у животных с моделью АГ.

Нами был проведен анализ крови у самок крыс с моделью АГ, до и после коррекции гепарином и аминокaproновой кислотой.

Параметры белой крови контрольных групп, получавших гепарин и аминокaproновую кислоту, незначительно отличались от интактных, хотя количество палочкоядерных нейтрофилов было достоверно выше, в группе, получавшей гепарин. Моделирование АГ приводило к снижению значений показателей палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов, моноцитов и времени свертывания крови. Количество лимфоцитов, наоборот, увеличивалось. Введение гепарина и аминокaproновой кислоты привело к разнонаправленным изменениям в показателях картины крови. Наиболее значимым, с нашей точки зрения, является способность и гепарина, и аминокaproновой кислоты влиять на изменение количества сегментоядерных нейтрофилов в зависимости от длительности введения препаратов.

**Котов В.С., Ермаченко Т.П.**

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

### **ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА ОТ ПРИРОДНЫХ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

Природные источники ионизирующего излучения вносят значительный вклад в дозу облучения населения и представляют потенциальный риск негативных последствий для здоровья населения. Защита от воздействия природных источников ионизирующего излучения является одной из приоритетных проблем в области обеспечения радиационной безопасности.

Вопреки распространенному общественному мнению, техногенные источники (даже с учетом аварии в Чернобыле) и профессиональное облучение не вносят существенного вклада в среднюю дозу облучения населения. Установлено, что в среднем по Российской Федерации доля облучения населения за счет природных источников составляет 74,8%. При этом, чем выше суммарные дозы облучения населения, тем большим является вклад в них изотопов радона и их дочерних продуктов распада в воздухе помещений. Средневзвешенная суммарная эффективная доза облучения населения Украины, обусловленная природными источниками, составляет 3,5 мЗв/год, из них за счет радона 2,4 мЗв/год или 68 %.

**Цель работы:** оценить индивидуальную годовую эффективную дозу (ИГЭД) облучения жителей г. Донецка за счет всех природных источников ионизирующего излучения.

Для этого проанализированы данные отчетов Республиканского и Донецкого городского лабораторных центров санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР за 2010-2017 гг., другие литературные данные а также данные собственных исследований.

Значения доз внутреннего и внешнего облучения а также суммарной ИГЭД облучения жителей г. Донецка за счет всех природных источников ионизирующего излучения рассчитаны в соответствии с МУ 2.6.1.1088-02.2.6.1 [Ионизирующее излучение, радиационная безопасность. Оценка индивидуальных эффективных доз облучения населения за счет природных источников ионизирующего излучения. Методические указания]. Определены необходимые для расчетов средние величины эквивалентной равновесной объемной активности изотопов радона в воздухе первых этажей жилых помещений (43,9 Бк м<sup>-3</sup>), мощности доз гамма-излучения в жилых зданиях (15,3 мкР/час) и на открытой местности (12,9 мкР/час).

Полученные значения индивидуальных эффективных доз облучения жителей г. Донецка за счет различных природных источников, мЗв/год представлены в таблице.

Источник облучения	Внутреннее облучение, мЗв/год				Внешнее облучение, мЗв/год		
	Радон в воздухе помещений	Радон в атмосферном воздухе	Продукты питания, вода	<sup>40</sup> K	В жилых зданиях	На открытой территории	Космическое излучение
Доза	2,78	0,10	0,12	0,17	0,69	0,15	0,40

Основной вклад в суммарную ИГЭД облучения жителей первых этажей зданий г. Донецка (4,41 мЗв/год) вносит облучение, создаваемое изотопами радона в воздухе помещений - 2,78 мЗв/год или 63%. Поскольку измерения проведены на первых этажах жилых зданий, где концентрация радона максимальна, суммарные ИГЭД облучения жителей вышерасположенных этажей несколько ниже (оценочно 2 - 3 мЗв/год).

Следует отметить, что предел годовой эффективной дозы облучения населения 1 мЗв/год, установленный действующими в Донецкой Народной Республике нормами радиационной безопасности, не включает в себя дозы облучения от природных источников и техногенно-усиленных источников природного происхождения.

*\*Котова И.С., \*Победенная Г.П., \*\*Кобецкая Л.Д.*

\*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

\*\*ГУ ЛНР «Луганский Республиканский онкологический диспансер»

## **СОСТОЯНИЕ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА**

Выраженность локального воспаления при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) определяет особенности течения заболевания. Существенную роль в формировании локального воспаления при ХОБЛ играют медиаторы и клетки воспаления. Патогенетически связанным с ХОБЛ рассматривают сахарный диабет II типа (СД). Особенности локального воспаления в бронхах пациентов с сочетанием ХОБЛ и СД II типа представляют интерес для поиска механизмов его подавления.

Цель работы – изучить состояние трахеобронхиального дерева (ТБД) и пристеночного рН у больных ХОБЛ, сочетанной с СД II типа.

Материал и методы исследования. Исследование проведено у 42 больных с обострением ХОЗЛ клинической группы В (GOLD II), в т.ч. в ассоциации с СД II типа – у 20 чел. (исследуемая группа), с ХОБЛ без СД – у 22 чел. (группа сравнения). Состояние ТБД у больных изучали фибробронхоскопом «Olympus» (Япония). Определение пристеночного рН ТБД производили методом компьютерной внутрисполостной рН-метрии, разработанным Чернобровым В.М. и соавт. (1999). Измерение рН осуществлялось на участках карины трахеи, справа и слева на уровне шпоры верхнего долевого бронха, справа и слева на уровне шпоры среднего долевого бронха, справа и слева в нижнем долевого бронхе, в симметричных участках сегментарных и субсегментарных бронхов. У 5 больных ХОБЛ группы сравнения выявлялся диффузный катарально-гнойный эндобронхит, у 17 – гнойный эндобронхит. Катарально-гнойный эндобронхит при эндоскопическом исследовании был выявлен у 1 больного основной группы, а у 19 – гнойный эндобронхит. При исследовании пристеночного рН в разных точках трахеобронхиального дерева (ТБД) больных было обнаружено, что у пациентов с ХОЗЛ градиент рН на участках ТБД „киль трахеи-устья субсегментарных бронхов” повышался, в среднем, на 3,4 % и больше по сравнению с нормой. Частота выявления патогенной и условно патогенной микрофлоры возрастала наряду со смещением рН в щелочную сторону, что свидетельствовало об активности эндобронхита. При ХОБЛ увеличение секреции бокаловидных клеток в проксимальных отделах ТБД и возрастание количества продуктов и медиаторов воспаления (белков, сиаломуцинов и т. п.) в дистальных участках способствовало ощелачиванию рН этих отделов и развитию в них микрофлоры. Величина пристеночного рН ТБД была сопряжена со степенью проявлений эндобронхита.

Выводы. У пациентов с обострением ХОБЛ, сочетанной с СД II типа, наиболее часто выявлялся гнойный эндобронхит со смещением пристеночного рН в разных участках ТБД в щелочную сторону со смещением градиента рН более 3,5 %.

*Ю.И. Коценко, Е.А. Статинова*

Кафедра неврологии и медицинской генетики

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

## **АФФЕКТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**

**Актуальность:** поражения при сахарном диабете (СД) являются одним из самых распространенных и нередко приводящим к необратимым изменениям центральной нервной системы, где доминирующие позиции занимает диабетическая энцефалопатия (ДиабЭП) с развитием нейропсихологических расстройств.

**Цель:** выявить аффективные нарушения у пациентов ДиабЭП при СД I и II типа и оценить влияние уровня гликемии на степень тяжести их развития.

**Материалы и методы:** нейропсихологическое обследование выполнено у 88 пациентов с диагностированным СД в среднем возрасте 49,4±2,2 лет. СД I выявлен у 43 пациентов, СД II типа – у 45 больных. Средняя длительность СД I 19,6±2,3 лет, СД II типа – 17,8±2,7 лет. У 26 (60,5±7,5%) больных с СД I чаще имела место средняя степень гипергликемии. При СД II чаще диагностировали среднюю (51,1±7,5%) и тяжелую (28,9±6,8%) степени гипергликемии.

**Результаты:** среди больных СД I имели место ДиабЭП II стадии (58,1±7,5%) и III стадии (41,9±7,5%). При СД II выявлена ДиабЭП II стадии (68,9±6,9%) и III стадии (31,1±6,9%). По шкале Монтгомери-Асберг средняя величина депрессии составила 26,7±1,9 баллов с СД I и 24,9±2,4 баллов с СД II. У больных СД I встречались малые депрессивные эпизоды (61,5±9,5%) при средней гипергликемией и умеренные эпизоды (41,2±11,9%) при тяжелой гипергликемией.

По шкале Бека выявлен средний показатель депрессии у пациентов ДиабЭП с СД I составил 23,8±1,8 балла и с СД II 18,7±2,2 балла. Для всех больных СД I характерна выраженная депрессия, при легкой гипергликемии СД II диагностирована легкая депрессия (77,8±13,9%), при средней–умеренная (82,6±7,9%) и при тяжелой – выраженная депрессия (69,2±12,8%).

Средний уровень личностной тревожности (ЛТ) с СД I по шкале Спилбергера-Ханина составила 45,2±2,9 баллов, реактивной тревожности (РТ) – 41,2±2,9 баллов, для больных с СД II ЛТ соответствовала 36,9±2,7 баллов, РТ – 40,2±2,1 баллов. Для пациентов СД I преобладала выраженная (51,2±7,6%) тревожность, реже низкая (18,6±5,9%), для больных СД II чаще диагностировалась умеренная (57,8±7,4%) тревожность, реже выраженная (17,8±5,7%).

**Выводы.** У пациентов СД I преобладали тревожно-депрессивные расстройства (72,1%), с СД II чаще встре-

чались тревожные (37,5%) и депрессивные нарушения (44,4%). Длительное течение СД (свыше 11 лет) с наличием средней и тяжелой гипергликемии влияло на выраженность тревожно-депрессивных нарушений с наличием малых депрессивных эпизодов и выраженной тревожности у больных ДиабЭП и СД I по сравнению с СД II.

*Кривошеева Г.Л.*

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»

### **ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ ГОТОВНОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ДОЛГОЛЕТИЮ КАК ПРОБЛЕМА ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ**

На современном этапе развития системы образования определившийся ряд первоочередных задач неразрывно связан с кадровым обеспечением, подготовкой будущих специалистов к профессиональной деятельности. Совершенствование профессиональной подготовки способствует не только всестороннему развитию специалиста, повышению качества профессиональной деятельности, но и выступает как средство и цель социально-экономического и духовного прогресса общества. Большое значение в процессе обучения студентов имеет их ориентация на профессиональное долголетие.

Формирование готовности личности к профессиональному долголетию происходит по мере прохождения ступеней базовой профессиональной подготовки (на уровне начального, среднего, высшего образования), в ходе повышения квалификации, переобучения (переподготовки по новой специальности), самообразования. Однако ведущая роль в этом процессе изначально принадлежит высшим учебным заведениям, где происходит вхождение студента в профессию, становление его как профессионала и выработка им подлинно субъективной позиции в своем профессиональном развитии. Выработка такой позиции предполагает наличие ценностно-личностных и профессиональных ориентиров, одним из которых является профессиональное долголетие.

Предпосылки для решения проблемы профессионального долголетия в педагогической науке созданы многочисленными исследованиями различных аспектов здорового образа жизни личности, ее культуры здоровья, творчества, творческого потенциала личности, профессионального долголетия как явления объединяющего индивидуальные, социальные и культурные основы в жизни конкретного человека. В психолого-педагогической литературе указывается, что приобретение опыта творческой самореализации во время студенческой жизни задает траекторию развития профессиональных и личностных проявлений специалиста, формирует уверенность в собственных силах, веру в успешность будущей профессиональной деятельности и позитивное эмоциональное ее восприятие в целом.

Профессиональное долголетие во многом определяется и зависит от состояния здоровья, образа жизни, уровня культуры, активной жизненной позиции индивида. Однако профессиональное долголетие как сложное интегрированное качество личности связано не только с отсутствием болезней. Потребность личности в самоактуализации, в акме-ориентированном самоизменении является мощным ресурсом профессионального долголетия специалиста. Профессиональное долголетие понимается нами как приоритетная ценность, как процесс и результат профессионального творческого самосохранения и самовыражения, восхождение к акме-ориентированным самоизменениям.

Формирование личности, направленной на профессиональное творческое долголетие, является прерогативой высших учебных заведений. Готовность будущего специалиста к активному восприятию всего нового, преодоление в своей работе стереотипов, поиска нестандартных, инновационных форм и методов работы, самопроектирования и самокоррекции деятельности, свидетельствует не только о профессионализме будущего специалиста, но и о молодости его души, профессиональном долголетии.

В процессе обучения студенты знакомятся с ценностно-личностными и профессиональными ориентирами, способствующими выработке у них ответственного отношения к будущей профессиональной деятельности, в которой высокие результаты достигаются путем гармонизации взаимосвязи выполнения своих профессиональных функций и обязанностей с состоянием своего физического, психического и духовного здоровья. Достижение высоких результатов в работе с наименьшими затратами энергии и без ущерба для здоровья – это путь к профессиональному здоровью и долголетию.

*Крюк Ю.Я., Прилуцкая И.А.*

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

### **КОНЦЕНТРАЦИЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ А В СЫВОРОТКЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

Ведущие позиции в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения большинства стран занимают острые цереброваскулярные заболевания, в частности, ишемические инсульты (ИИ). В настоящее время считается, что наиболее распространенная причина ИИ – это тромбоз. Главными участниками запуска артериального тромбоза и поддержки атерогенеза являются тромбоциты. С другой стороны, дальнейшему повреждению и воспалению при данной патологии способствуют лейкоциты. Во время ишемии головного мозга имеет место увеличение трансэндотелиальной миграции лейкоцитов с последующим высвобождением провоспалительных цитокинов и хемокинов. На данный момент наиболее изученными маркерами воспаления у пациентов с ишемическими инсультами являются С-реактивный белок, интерлейкин-1 и интерлейкин-6. Исследования фактора некроза опухолей  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ) у больных ИИ немногочисленны и неоднозначны. Существуют работы, указывающие на нейротоксическое действие высоких уровней провоспалительных цитокинов ФНО $\alpha$ ,

ИЛ-1 $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$  что усугубляет ишемическое повреждение нервной ткани, вызывая апоптоз нервных клеток, увеличение токсичных форм монооксида азота и торможение нейрогенеза. При этом, ряд авторов указывает на нейропротективный эффект ФНО $\alpha$ , направленный на защиту нейронов головного мозга от ишемического и экс-айтотоксического повреждения. Исходя из этого, определение уровней ФНО $\alpha$  в различные сроки после начала ИИ требует дальнейшего изучения.

Целью исследования являлась оценка уровня ФНО $\alpha$  в сыворотке крови пациентов с ишемическим инсультом в динамике на фоне терапии.

Обследован 21 пациент с диагнозом ишемический инсульт, проходивший лечение в условиях стационара. Определение уровня ФНО $\alpha$  в сыворотке крови проводилось трижды – в 1, 3 и 14 день заболевания на фоне терапии. В качестве контрольной группы обследованы 50 здоровых доноров. Определение содержания ФНО $\alpha$  проводилось с помощью разработанных сотрудниками кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», иммуноферментных тест-систем для определения указанного цитокина. Данная тест-система характеризуется небольшой продолжительностью выполнения анализа (в течение 4,5 часов), высокой чувствительностью – 0,5 пг/мл. Проводимая при помощи программы «MedStat» статистическая обработка полученного материала включала анализ распределения. В связи с непараметрическим характером распределения данных, рассчитывались медиана, ошибка медианы, использовались непараметрические критерии сравнения (критерий Данна при сравнении с контрольной группой, критерий Уилкоксона при сравнении центральных тенденций связанных выборок, угловое преобразование Фишера с учетом поправки Йейтса при сравнении долей).

Установлено, для пациентов с ишемическим инсультом характерно достоверное ( $p < 0,001$ ) повышение концентрации фактора некроза опухолей  $\alpha$  в сыворотке в сравнении со здоровыми. При этом, наиболее высокие значения концентрации указанного маркера регистрировались в 1-й и 3-й дни заболевания. Следует указать, что у пациентов с ИИ имеет место достоверное увеличение удельного веса лиц с высокими концентрациями исследуемого цитокина в сыворотке, особенно в первый день заболевания. Полученные данные свидетельствуют о повышении ФНО $\alpha$  при ишемическом инсульте. Данные результаты, в принципе, согласуются с работами ряда авторов, выявивших сходную динамику синтеза других провоспалительных цитокинов у пациентов с ишемическим инсульте. Все вышесказанное указывает на возможность и необходимость использования оценки цитокинового профиля для определения эффективности терапии и прогнозирования течения заболевания.

*Крюков Э.Л., Басий Р.В., Довгялло Ю.В., Бещуля О.А.*

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

### **АНАЛИЗ МАКРОСКОПИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧЕК ПОТОМСТВА КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ**

Экспериментальное моделирование проводилось в специальной затравочной камере по определенной методике. Для изучения было взято потомство 14-ти возрастных групп.

В раннем постнатальном периоде (от новорожденных до 7-ми дней) у новорожденных экспериментальных крысят яички во всех наблюдениях были цианотичны. В консистенции различий не наблюдалось. У новорожденных крысят размеры яичек у экспериментального потомства были меньше:  $2,2 \pm 0,4 \times 2,0 \pm 0,28$  мм слева и  $2,2 \pm 0,51 \times 2,0 \pm 0,3$  мм справа, а в контроле:  $2,5 \pm 0,41 \times 1,8 \pm 0,3$  мм слева и  $2,4 \pm 0,5 \times 1,7 \pm 0,22$  мм справа. С 2-х дневного возраста ширина яичек экспериментального потомства увеличивается быстрее, чем длина. В контрольной группе рост органов значительней происходит в длину. Прирост в длину наблюдается у 3-х дневного контрольного потомства:  $3,7 \pm 0,33$  мм слева и  $3,8 \pm 0,29$  мм справа, в ширину прибавка была незначительной. В этом возрасте у экспериментального потомства в длину и ширину рост был почти одинаковым:  $3,0 \pm 0,13 \times 0,28 \pm 0,48$  мм слева и  $3,0 \pm 0,53 \times 2,7 \pm 0,41$  мм справа. Уже в первые дни после рождения произошло отставание в размерах яичек у экспериментальных животных, особенно в цифровых показателях длины.

В периоде окончательного становления и дифференцировки (от 10-ти до 21-го дня) у 10-дневного потомства семенники контрольной группы во всех случаях находились у наружного отверстия пахового канала, у экспериментального потомства – немного выше. Цвет и консистенция органов в обеих группах 10-дневных крысят одинаковы, в одном наблюдении из четырех яички экспериментального крысенка были цианотично-бледными. В 10-дневном возрасте отмечается ощутимая прибавка в росте яичек в длину в экспериментальной и контрольной группах, справа это выражено гораздо сильнее:  $6,4 \pm 0,34$  мм в эксперименте и  $6,5 \pm 0,33$  мм в контроле. Размеры левого яичка составили соответственно:  $6,3 \pm 0,51$  мм и  $6,5 \pm 0,32$  мм. Размеры яичек в ширину у контрольных животных почти аналогичны таковым в эксперименте, длина органов у последних – несколько меньше, форма яичек у крысят контрольной группы становилась более удлинённой.

В периоде относительной морфологической стабильности (от 30-ти до 90 дней), в 30-дневном возрасте заканчивается опускание яичек в мошонку. У интактного потомства это произошло во всех наблюдениях, в подопытной группе – двух случаях из четырех. В двух других – монокрипторхизм и бикрипторхизм. В этих же двух случаях в одном наблюдении оба семенника были цианотичны с мелкоточечными кровоизлияниями, одно яичко с бледно-серой окраской, а другое – с истонченной оболочкой, их консистенция мягче. Размеры в длину у контрольной группы стали почти одинаковыми:  $8,2 \pm 0,74$  мм слева и  $8,2 \pm 0,78$  мм справа, в эксперименте длина справа ( $7,8 \pm 0,63$  мм) стала превосходить длину слева:  $7,6 \pm 0,49$  мм. Увеличение ширины у последних произошло

одинаково, в результате чего ширина правого яичка составила:  $(5,2 \pm 0,4 \text{ мм})$ , а левого:  $5,2 \pm 0,51 \text{ мм}$ . В контрольной группе отмечается существенный прирост в ширину, причем больше справа:  $5,9 \pm 0,51 \text{ мм}$ , в результате чего различия в ширине между контролем и экспериментов увеличилась.

Закономерностью в этом возрастном периоде у экспериментального потомства будет: замедление динамики опускания яичек в мошонку в двух случаях из четырех: в одном наблюдении монокрипторхизм, в другом – бикрипторхизм, цианоз с бледно-серой окраской, истонченной оболочкой, умеренными кровоизлияниями; более мягкой консистенцией, прогрессирующее отставание роста и размеров.

Макроскопические изменения семенников потомства в эксперименте пассивного курения нарастают с возрастом и являются признаками их ишемии, атрофии и деструкции.

**КУЗНЕЦОВ Н.А.**

Донецкое клиническое медицинское территориальное объединение (ДокТМО), Донецк

### **АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОННЫХ КАРДИАЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ**

Периоперационная антибиотикопрофилактика (ПАП), как метод предупреждения инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ), широко применяется в современной медицине. Основным принципом ПАП является назначение эффективных антибиотиков, спектр действия которых направлен на патогенные микроорганизмы, наиболее часто контаминирующие операционную рану. При имплантации инородных тел, каковыми являются кардиальные электронные устройства, в операционной ране восприимчивость к инфекции повышается. Выбор антибиотика для профилактики раневой инфекции определяется современными рекомендациями ПАП и анализом бактериального пейзажа конкретного отделения.

**Цель:** проведение анализа изменений бактериального пейзажа и чувствительности к антибиотикам в отделении кардио- и рентгеноваскулярной хирургии Донецкого территориального медицинского объединения (ДокТМО) за последние 6 лет работы (2012-2018 гг.) и определение тактики выбора препарата для антибиотикопрофилактики при операциях имплантации электронных кардиальных устройств.

**Материал и методы:** данные бактериологического анализа крови и посевов из ран с определением чувствительности к антибактериальным препаратам за период с 2012 по 2018 гг. и анализ частоты развития инфекционных осложнений у 50 больных (23 женщины и 27 мужчин) после первичной имплантации однокамерных (41) и двухкамерных (9) искусственных водителей ритма, находившихся на лечении в отделении кардио- и рентгеноваскулярной хирургии ДокТМО в этот же период времени и получавших ПАП. Средний возраст пациентов –  $69,4 \pm 8,4$  года. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет (32), хронические обструктивные заболевания легких (79), хронический пиелонефрит (4).

**Результаты:** По данным анализа установлено, что в отделении кардио- и рентгеноваскулярной хирургии доля грамположительной микрофлоры колеблется в пределах 63-65 %. До 2012 г. в качестве препарата выбора ПАП был рекомендуемый в кардиохирургии для этой цели цефалоспорин 2-го поколения – цефуроксим (750 мг вводили в/в за 20-30 мин до разреза). Однако, параллельное использование этого препарата в отделении у пациентов, оперированных в условиях искусственного кровообращения в качестве основного средства послеоперационной антибиотикотерапии, привели к значительному снижению чувствительности микроорганизмов к цефуроксиму ( $S=33\%$ ). Кроме того, изменился спектр проблемных возбудителей инфекции в кардиохирургии, выделяемых из крови: до 2012 г. лидирующие позиции занимал чувствительный к метициллину *Staphylococcus aureus*, с 2013 г. на первое место выходит *Enterococcus* (20,4 % vs 18,5 %), чувствительный к защищенным полусинтетическим пенициллинам. В связи с полученными данными было произведено изменение в протоколе ПАП: в качестве препарата выбора используется однократно в/в за 20 мин до разреза амоксициллин + клавулановая кислота в стандартной терапевтической дозировке.

**Заключение:** В результате коррекции протокола ПАП на основании данных мониторинга бактериального пейзажа отделения и чувствительности к антибиотикам, показатели частоты развития ИОХВ после ИКЭУ составили 0,36 %.

**Кузьменко Д.Е.**

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

### **ТРАНСТИМПАНАЛЬНЫЙ ЛАЗЕРОФОРЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ**

Острая сенсоневральная тугоухость (неврит слухового нерва, кохлеоневрит) – это нарушение функции слухового анализатора, проявляющееся частичной или полной потерей слуха. Примерно 6% населения нашей планеты имеют нарушения слуха различной степени выраженности. При этом с возрастом нарушения слуха прогрессируют и к пенсионному возрасту до 60% населения страдают данной патологией. Основными жалобами у пациентов с данной патологией являются шум (свист) в ушах и снижение слуха.

Основными причинами развития кохлеоневрита являются: сосудистая патология с нарушением в той или иной степени мозгового кровообращения (артериальной гипертензии, церебральном атеросклерозе и т.д.), такте инфекции как ОРВИ (особо необходимо отметить грипп), инфекции детского возраста (паротит, корь, краснуха, скарлатина), менингит и др. Интоксикации (промышленные и бытовые токсины, медикаментозные средства с ототоксическим действием: аминогликозиды, антималярийные препараты, анальгетики, цитостатики и т.д., в том числе и индивидуальная непереносимость). Черепномозговые травмы, особенно сопровождающиеся

переломом пирамиды височной кости. Акустические повреждающие агенты и баротравма, взрывная травма, неблагоприятные метеорологические факторы. Эндокринные расстройства, болезни крови, физиологическое старение.

Основная цель лечебных мероприятий при кохлеоневрите – восстановление и/или стабилизация функции слуха и возвращение пациента к активной жизни, социальным контактам. Условно можно выделить четыре основных метода лечения: физиотерапевтический (рефлексотерапия, фонофорез, электрофорез, электростимуляция тканей внутреннего уха, акупунктура и электропунктура, лазеропунктура), медикаментозная терапия (эффективность данного метода считается наиболее высока при раннем начале лечения), слухопротезирование (применяется при хронической сенсоневральной тугоухости), хирургическое лечение (кохлеарная имплантация, транстимпанальное введение лекарственных средств в барабанную полость, оперативные вмешательства проводятся при опухолях задней черепной ямки).

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность транстимпанального лазерофореза при острой сенсоневральной тугоухости.

Материалы и методы: оперативные пособия производились под контролем хирургических отоскопов немецких фирм Aescular и Heine с использованием микрохирургического инструментария и лазерной установки Лика-терапевт М. Влияние воздействия данного лазера в при нарушениях микроциркуляции в слизистых оболочках и в подлежащих тканях изучалось с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК – 02 (Россия) по методике (Д.Е.Кузьменко 2012) и доложено на отодарингологических конференциях (Севастополь 2013, Львов 2013).

Методика транстимпанального лазерофореза: под местной анестезией, под контролем операционного отскопа выполняется транстимпанальное введение лекарственного вещества до заполнения барабанной полости, далее к барабанной перепонке подводится волновод лазера с последующим воздействием. Сеансы выполнялись ежедневно 5-7-10 сеансов с аудиометрическим контролем.

В отделении пластической и реконструктивной хирургии головы и шеи в период с 2014 по 2018гг. по данной методике пролечено 89 пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью I-III степени (согласно классификации В.Г. Базарова - А.И.Розкладки, 1995г.), в возрасте от 21 до 68 лет, женщин было 87 (97,8%).

Результаты и обсуждения. После первого сеанса транстимпанального лазерофореза (ТТЛ) улучшение было отмечено у 8 (8,9%) пациентов, после третьего сеанса – у 53 (59,5%), после пятого – 89 (100%). У пациентов с тугоухостью I-II степенью (72 пациента – 80,9%) и сроком заболевания менее 7 дней (17 пациентом – 19,1%) наступило выздоровление после пяти сеансов. При сроке заболевания 2 – 3 недели (55 пациента – 61,8%), выздоровление наступило после семи сеансов. Необходимо отметить, что после 6-7 сеанса при тональной аудиограмме определяется костно-воздушный интервал, а макроотоскопии имеет место инъецированность барабанной перепонки и ее утолщение, одно – два кровоизлияния (реакция на ТТЛ), что ощущается пациентом как некоторое ухудшение слуха. Пациенты с тугоухостью III степени (17 пациентов - 19,1%) и сроком заболевания до 5дней выздоровление наступило к десятому сеансу. В ходе проведенного исследования осложнений не выявлено.

На основании вышеприведенного исследования можно сделать выводы:

1. использование транстимпанального лазерофореза в лечении острой сенсоневральной тугоухости высокоэффективно и может быть рекомендовано для более широкого применения
2. применение данной методики позволяет одновременно определить и работоспособность вестибулярного аппарата правого и левого внутреннего уха (аналог калориметрической пробы)
3. необходимо дальнейшее изучение и усовершенствования методики, что позволит расширить или сузить показания к применению данной методики, определить пороги эффективности и целесообразности.

*Т.В. Кулемзина, С.В. Красножон, Н.В. Криволап, А.Н. Испанов, Е.И. Моргул*

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

### **ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В ПОДГОТОВКЕ ВОЕННОГО ВРАЧА**

Становление методов традиционной медицины (ТМ) связано с их применением не только в мирное время, но и в период военных действий. Войны возникали на разных континентах в различные исторические эпохи, вовлекая в конфликты народы, отличающиеся по мировоззрению, вероисповеданию, культуре, обычаям, укладу жизни и т.д., что стимулировало развитие лечения методами ТМ применительно к военному времени. В современных условиях эта тенденция сохраняется и реализуется в организации в многопрофильных военных госпиталях и клиниках подразделений (кабинетов и отделений) рефлексотерапии, гомеопатии, мануальной терапии, остеопатии, фитотерапии, для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи комбатантам, некомбатантам и больным различного профиля. ТМ становится частью Национальных стратегий государств. Например, в Москве в 2015 году, при поддержке Министерства Обороны РФ принято решение открыть отделение военного госпиталя Китая, где будут применяться методы традиционной китайской медицины.

Качественное и эффективное выполнение военнослужащим своих профессиональных обязанностей главным образом зависит от состояния его здоровья. Возрастающая интенсивность повседневной деятельности, проведение мероприятий боевой подготовки в условиях реальной обстановки требуют устойчивого морально-психологического состояния военнослужащих и крепкого физического здоровья, позволяющих не только эффективно действовать в современном бою, но также успешно восстанавливаться после перенесенных нагрузок, травм и заболеваний.

Реализация данного подхода требует высокой квалификации медицинских кадров. Причем не только теоретической и практической подготовки как в сфере традиционных методов лечения (рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии, мануальной терапии, остеопатии и др.), так и в сфере военно-медицинских дисциплин (военно-полевая терапия, военно-полевая хирургия, военная психология, медицинская реабилитация военнослужащих). Важность применения последней обусловлена как необходимостью скорейшего восстановления боеспособности военнослужащих, так и возможностью снизить частоту осложнений у раненых, ускорить сроки выздоровления, уменьшить долю военнослужащих-инвалидов, существенно уменьшить проявления психосоматических и поведенческих расстройств.

Мировой опыт применения методов ТМ, наш 4-х летний личный опыт, наличие специального образования, практическая и методическая помощь коллег, реализация с ними совместных проектов позволяют подтвердить эффективность методов ТМ. Удельный вес применяемых традиционных методик существенно возрос и составляет 80–85%, при этом сроки восстановления сокращаются в среднем на 6–7 суток. Немаловажным фактором является и психологическая составляющая специальных знаний ТМ у врачей, применяющих в одном сеансе методы физической и психологической коррекции. Разработанные нами схемы применения традиционных методов лечения, включенные в индивидуальные реабилитационные программы пострадавших с последствиями боевых ранений в условиях многопрофильного лечебного учреждения, легли в основу комплексных научных исследований (в травматологии, ортопедии и хирургии), результаты которых обобщены в 21 научной публикации и представлены на конференциях в Российской Федерации. Этот факт, а также существование специализированной лечебной базы позволяет осуществлять не только научно-практическую, но и учебно-методическую деятельность для освоения различных методов и методик ТМ, формирования компетенций военного врача как высококвалифицированного специалиста и должен быть применен в системе подготовки врача военной медицины (исходя из опыта военно-медицинских ВУЗов РФ).

*Куницкий Ю.Л., Христуленко А.А., Кучеренко Е.А.*

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

### **ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

Исследованы 195 больных. 1 группа: больные с сочетанием желчнокаменной (ЖКБ), язвенной болезнью и панкреатита) (n=177). Возраст больных – от 27 до 82(50,4±3,7) лет. Мужчин было 83(46,9%), женщин – 94(53,1%). 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 двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлена у 136(74,0%) и 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 язвенной болезни. 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±4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза. 2 группа: 18 больных. Мужчин было 8(44,4%), женщин – 10(55,6%). Возраст больных варьировал от 31 до 84(65,9±5,9) лет.

а) больные с синдромом тяжелой интоксикации (n=14): (мочекаменная болезнь, уросепсис, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, острая задержка мочеиспускания-3, колоректальный рак, осложненный перфорацией, разлитым каловым перитонитом-3, острая сосудистая недостаточность кишечника (тромбоз мезентериальных сосудов)-1, атеросклеротическая гангрена ног-3, инфекционный менингит-1, буллезно-некротическая форма рожы с тотальным поражением ноги-1, острая кишечная непроходимость в стадии декомпенсации-1, прикрытая перфорация язвы ДПК с формированием подпеченочного абсцесса-1). Осложнения со стороны органов ГПДС были следующими: 1. ОЖКК развилось в 5 больных в сроки от 2 до 4(2,6±11,7) суток; 2. перфорация язвы ДПК у 4 больных в сроки от 1 до 4(2,3±12,7) суток. Панкреонекроз диагностирован у 1 больной.

б). больные, перенесшие тяжелую сочетанную травму(n=4), ведущей из которых были: множественный перелом костей таза (n=1), оскольчатый открытый перелом левого бедра (n=1), перелом шейки левого бедра (n=1), повреждения позвоночника (n=1). У всех больных сочетанная травма сопровождалась травматическим шоком тяжелой степени. Осложнения со стороны органов ГПДС были следующими: острый деструктивный калькулезный холецистит развился у 3 больных в сроки от 7 к 8(7,6±14,7) суток, в 1 больной перфорация язвы ДПК развилась на 6 сутки после протезирования тазобедренного сустава. Среди больных данной группы (n=18) по поводу основного заболевания оперованы 17, умерло 7(38,9%) больных от осложнений со стороны органов ГПДС. При исследовании биохимических показателей в предоперационном периоде у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС уровень  $\alpha$ -амилазы крови составил 89-2014(1053±8,7) ед. у всех без исключения больных. При политравме, синдроме интоксикации, острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и сосудистых поражениях магистральных сосудов возникновение осложнений со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной системы являются проявлением хирургического стресса. «Повреждающий фактор» реализуются через центральную нервную систему, активацию желез внутренней и внешней секреции, в том числе ферментов поджелудочной железы.

**Куницкий Ю.Л., Христуленко А.А., Хомутова Е.В.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»,  
Институт физико-органической химии и углекислотной им. Л.М.Литвиненко, г.Донецк

## **СОЧЕТАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И РОЛЬ БУФЕРНОЙ ЕМКОСТИ СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДКА В ИХ ДИАГНОСТИКЕ**

Исследовано желудочное содержимое 28 пациентов в возрасте от 35 до 79 лет с сочетанием ЖК, язвенной болезни и панкреатита. Измерение буферной емкости проводилось в диапазоне pH 3 – 10, который был дополнительно разбит на интервалы pH: 3–5; 5,5–8 и 8,5–10. В указанных интервалах согласно константам диссоциации проявляют буферные свойства карбоксильные группы органических кислот (pH от 3 до 5), фосфатно-гидрокарбонатный буфер (pH от 5,5 до 8) и аммоний-ионы (pH от 8,5 до 10). В перечисленных интервалах pH путем интегрирования зависимостей VE от pH рассчитывали суммарные значения буферной емкости (БЕ). Интегрирование проводилось по методу Симпсона. Анализируя таким образом зависимость VE от pH можно количественно оценить наиболее значимые индивидуальные буферные системы желудочного содержимого и сравнить их вариабельность в исследуемых группах больных. В группе больных панкреатит+ЯДПКр. и ЖКБ+ ЯДПКр. было определено общее содержание желчных кислот (ЖК) в желудочном содержимом.

Увеличение буферной емкости желудочного содержимого с вероятностью 0,01 приводит к увеличению его pH. Этот факт говорит о том, что «защелачивание» желудочного содержимого и, как возможное следствие, возникновение язвы происходит не только из-за увеличения концентрации соляной кислоты, но и из-за снижения концентрации буферных компонентов, способных предотвращать резкое увеличение кислотности желудочного содержимого под воздействием различных факторов. Самые высокие значения буферной емкости имеет желудочное содержимое больных ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью. Увеличение буферной емкости желудочного содержимого в группе больных ЖКБ +ЯДПКр. происходит в основном за счет увеличения концентрации буферных компонентов имеющих константы диссоциаций в интервале pH 3 – 5 и 5,5 – 8. В интервале pH 3 – 5 имеют константы диссоциаций органические кислоты, а в интервале pH 5,5–8-карбонатный буфер и желчь, попадающая в желудок в результате дуоденогастрального рефлюкса.

Существует определенная корреляционная связь между содержанием желчных кислот в желудочном содержимом и значением его буферной емкости в интервале pH 5,5 – 8, в котором буферная емкость желчи максимальна. Наблюдаемая зависимость объясняет отсутствие значимых статистических различий в значениях буферной емкости желудочного содержимого больных в группах с ЖКБ +ЯДПКр. и панкреатит+ЯДПКр., при которых возможен дуоденогастральный рефлюкс. Однако достоверно низкие значения буферной емкости в интервале pH 5,5 – 8 в группе больных ЖКБ исключает высокую вероятность дуоденогастрального рефлюкса в этой группе больных

Доказано, что в группе больных ЖКБ+ЯДПКр. значения pH желудочного содержимого достоверно ( $p=0,03$ ) выше по сравнению с больными страдающих как ЖКБ, так и ЯДПКр.

Таким образом, увеличение буферной емкости желудочного содержимого  $ср.=0,01$  приводит к увеличению его pH. Максимальные значения буферной емкости желудочного содержимого наблюдаются в группе больных ЖКБ+ЯДПКр. При этом основными компонентами, влияющими на формирования буферных свойств желудочного содержимого, являются органические кислоты и желчь. Выявленные статистически достоверные различия буферной емкости содержимого желудка в различных группах больных с заболеваниями органов верхних отделов желудочно-кишечного тракта свидетельствует о характерной ее особенности для больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы и может быть использовано для диагностики неопухолевых заболеваний данной системы.

**Куницкий Ю.Л.**

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

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

В основу работы положен опыт хирургического лечения 360 больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы (ГПДС). Контрольную группу составили 162, основную 198 больных. Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения. Возраст больных – от 27 до 82( $50,4\pm 3,7$ ) лет. Мужчин было 93(47,0%), женщин – 105(53,0%). В плановом порядке госпитализированы 75(38,0%), в неотложном – 123(62,0%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 ( $5,3\pm 6,6$ ) лет, urgentных больных от 3,5 до 144( $43,4\pm 5,4$ ) часов. Хронический калькулезный холецистит имел место у 75(37,9%), острый калькулезный холецистит у 65(32,8%), острый панкреатит у 42(21,2%), механическая желтуха у 16(8,1%) больных, перитонит у 22(22,4%), холангит – у 17(16,8%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК выявлена у 152(76,8%) у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка, язвенная болезнь желудка – у 16(8,1%), вторичный панкреатит у 198(100,0%) больных. 37(18,7%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ. Активная фаза язвенного процесса на момент госпитализации была у 57(28,8%) больных. У 98(49,5%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 19(27,9%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через  $3,5\pm 4,3$  суток после операции. Оно оста-

новлено 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. При хирургическом лечении больных основной группы предпочтение отдавали минимальным и этапным вмешательствам. При хроническом калькулезном холецистите холецистэктомия 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 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. При механической желтухе на почве холедохолитиаза использован 3-х этапный метод лечения: пункция внутрипеченочного желчного протока, холедохостомия 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 84(46,1%), симультаные операции у 68(34,3%) больных, из них у 48(24,2%) 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 27,9% до 1,01%.

**Кучеренко Н. П., Гончарова Л. А., Шовкун Н. П., Толстикова Н. А.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет» им. М. Горького, кафедра детских инфекционных заболеваний

Центральная городская клиническая больница №1, г. Донецк

### **ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются актуальной проблемой педиатрии из-за их широкой распространенности и роли в формировании гастроинтестинальной патологии у детей. Проведен сравнительный анализ выделения возбудителей ОКИ у детей за 2011-2013 г.г. и 2014-2016 г.г. по данным бактериологической лаборатории нашей клиники. За период 2014 – 2016 г.г. отмечается снижение шигеллеза (в основном преобладала шигелла Зоне и чаще у детей дошкольного и раннего школьного возраста), эшерихиоза и ротавирусной инфекции.

В последние годы заметно увеличилось выделение сальмонелл. Дети до 1 года составили 1/4 часть всех заболевших. Выросла пищевая токсикоинфекция, даже были случаи заболевания у детей первого года жизни. Возрос удельный вес кишечных расстройств, вызываемых условно-патогенной флоры и чаще всего выделялся патогенный стафилококк у детей до 2-х лет. Все выше сказанное подчеркивает актуальность бактериологических исследований при однообразных симптомах кишечных расстройств различной этиологии.

#### **ОСОБЕННОСТИ ДИЗЕНТЕРИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ:**

1. Наряду с острым, возможно подострое и постепенное начало болезни;
2. Слабо выражена интоксикация;
3. Слабо выражен дистальный колит. Характерно развитие энтероколита и, в ряде случаев, энтерита, но с сохранением калового характера испражнений;
4. Наличие эквивалентов тенезмов;
5. Тяжесть болезни обусловлена не нейротоксикозом, а нарушением гемодинамики, водно-солевого, белкового обменов с развитием гипотрофии и дистрофии;
6. Частое возникновение бактериальных осложнений;
7. Течение болезни длительное, нередко, с повторным выделением шигелл.

#### **ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ:**

1. Вызывается «госпитальными» штаммами сальмонелл тифимуриум;
2. Начало болезни подострое или постепенное с максимальным развитием всех симптомов к 3-7 дню от начала заболевания;
3. Интоксикация характеризуется фебрильной температурой, вялостью, адинамией, отказом от еды и питья;
4. Желудочно-кишечные расстройства проявляются гастроэнтеритом или гастроэнтероколитом с нечастой, но упорной рвотой;
5. Заболевание протекает в среднетяжелой или тяжелой форме, нередко принимает длительное затяжное или рецидивирующее течение с возникновением вторичных очагов инфекции, дистрофии.

Детскому организму присущи некоторые возрастные особенности: более интенсивные обменные процессы, склонность к резкой потере жидкости и солей, быстрое возникновение нарушений функционирования пищеварительной системы, в ответ на небольшое изменение состава и привычного объема пищи, особенно у детей 1 года жизни.

Одно из главных условий благополучного исхода – это раннее обращение за медицинской помощью и назначение своевременной, рациональной терапии, которая должна быть адекватной этиологии и патогене-

зу болезни. Комплекс лечения включает лечебное питание, этиотропную (по показаниям), патогенетическую и симптоматическую терапию, которые нуждаются в постоянной коррекции в зависимости от особенностей течения болезни, возраста больного и его преморбидного фона.

*Кучеров С.А., Макиенко Е.Г.*

Донецкое территориальное медицинское объединение.

### **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ (СИНДРОМ ТАКАЯСУ).**

Неспецифический аортоартериит – системное заболевание, относящееся к группе аллергических васкулитов с преимущественным поражением артерий эластического и мышечно-эластического типов крупного и среднего калибра. НА характеризуется хроническим воспалительным процессом стенки артерии аутоиммунного генеза с чередованием острой и хронической стадии с преимущественной локализацией воспалительного процесса в меди и адвентиции сосуда.

Цель исследования: оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения ветвей дуги аорты у больных неспецифическим аортоартериитом (НА)

Материал и методы: В ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах проведена оценка результатов хирургического лечения ветвей дуги аорты у 4 пациентов с НА за период с 2011 по 2018г. Всем пациентам выполнено дуплексное сканирование артерий верхних и нижних конечностей. Церебральная ангиография. Все пациентки были женщины молодого возраста с 18 до 40 лет.

Результаты: согласно классификации А.В. Покровского на основании клинических данных у всех пациентов на момент осмотра диагностированы следующие клинические синдромы: синдром общевоспалительных реакции – 4, синдром поражения ветвей дуги аорты – 3, синдром поражения периферических артерий -1. Клиническое проявление ишемии верхних конечностей диагностированы у двух пациентов, у обеих пациенток двустороннее поражение. Показаниями к хирургическому вмешательству на ветвях дуги аорты у больных с НА являлись: субтотальные стенозы и/или окклюзии ОСА, позвоночно-подключичный синдром обкрадывания, сочетание субтотального стеноза ОСА и стадии декомпенсации кровообращения верхних конечностей. Пациентке Щавель С.А. выполнено поэтапно оперативное лечение в объеме подключично-внутрисонное протезирование слева, через 6 месяцев выполнено подключично – сонное протезирование справа. Пациентке Ворона Е.А. выполнено бифуркационное аорто-сонное шунтирование слева и аорто-подключичное шунтирование справа. Пациентке Струшкевич Н.А. выполнено стентирование левой ВСА. В раннем и позднем послеоперационном периоде, а также отдаленном периоде (до 2 лет) осложнений не отмечено. Пациентке Кудиновой Е.Л. выполнено бедренно-подколенное шунтирование синтетическим протезом, поздний послеоперационный период осложнился тромбозом шунта, больной выполнена тромбэктомия из БП шунта, спустя 3 месяца в связи с клиникой острой ишемии конечности больной выполнено повторное шунтирование. У двух пациенток наличие активности воспалительного процесса потребовало предварительного проведения противовоспалительной пульс-терапии.

Заключение: применение ДС на различных этапах лечения больных с НА позволяет с высокой точностью оценить результаты хирургического и медикаментозного лечения. Результаты хирургического лечения больных указывают на высокую эффективность реконструктивных операций.

*Кучковой Виктор Викторович, к.э.н.*

«Республиканский Центр организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий»

### **ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

При определении стратегии развития системы здравоохранения необходимо учитывать трансформационные изменения, присущие всему современному обществу. В настоящее время, активно растет инновационное сообщество в медицине, а инвесторы и корпорации уделяют все больше внимания технологиям цифрового здравоохранения. Численности населения возрастает, увеличивается продолжительность жизни, требования к уровню и качеству жизни подвергаются пересмотру, и действующая система здравоохранения требует существенных преобразований, а именно внедрения инноваций в сферу медицинских услуг. В настоящее время, медицина имеет огромный потенциал для внедрения современных инновационных технологий.

Одним из приоритетов эффективного развития экономики страны в условиях трансформационных процессов, среди стратегических направлений повышения конкурентоспособности и рентабельности медицинских учреждений является повышение роли инновационной системы и инновационной деятельности в сфере медицины. Выполнение этой важной задачи возможно в случае полного и масштабного финансирования и структурно-инновационной перестройки экономики в целом. Приоритетные направления устойчивого развития экономики и разработанные долгосрочные стратегические цели позволяют наметить пути повышения финансирования инновационной деятельности в медицине, а именно:

- создание высокотехнологичных производственных процессов на инновационно активных медицинских учреждениях;
- повышение объемов государственной поддержки конкурентных точек экономического роста и ориентиров стратегического целевого планирования и функционального управления;
- определение задач структурно-инновационной перестройки экономики с широким использованием

современных источников финансирования, которые могут быть представлены такими рыночными формами ассигнований, как банковский кредит и лизинг, форфейтинг, франчайзинг, венчурное финансирование, продажа облигаций и тому подобное;

– применение гармонизированных методов и индикаторов мониторинга динамики и результативности инновационного развития в сфере здравоохранения.

Существует ряд источников финансирования инновационной деятельности медицинских учреждений, к которым относятся: собственные средства, то есть прибыль, амортизация, собственные накопления предприятия, мобилизованы внутренние активы; привлеченные средства - от эмиссии ценных бумаг, от продажи акций или полученные в виде паевых и других взносов; заемные средства.

Важно отметить, что для комплексного развития сферы здравоохранения и ее инновационного развития необходима взвешенная, продуманная, стратегическая и результативная инновационная политика медицинских организаций. Структура инновационного процесса должна учитывать все инструменты маркетинга, дополнена такими важными на наш взгляд элементами (этапами) инновационного процесса как медицинские консультации онлайн, которые позволят ускорить процесс оказания медицинской помощи.

Для активизации инновационной деятельности медицинских учреждений нужны соответствующий анализ тенденций развития инновационной деятельности, выявление факторов, негативно сказывающихся не только на экономических результатах производителей инновационного продукта, но и на скорости инновационных преобразований. То есть необходима методика оценки инновационной активности медицинских учреждений.

В условиях жесткой конкуренции в сфере здравоохранения актуальным вопросом является внедрение современных методов управления инновационным развитием медицинских услуг и экономического механизма управления специфической и индивидуальной сферой услуг с целью повышения рентабельности сферы здравоохранения и повышения уровня конкурентоспособности медицинских учреждений. Сегодня государство обязано обеспечить население эффективной системой оказания медицинской помощи, которая должна стать не только доступной и качественной, но так же своевременной и рациональной.

*Ластков Д.О., Бессмертный А.Н., Клименко А.И., Михайлова Т.В.*

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕСТОВ ПО ГИГИЕНЕ И ЭКОЛОГИИ ПУТЕМ ИХ ВИЗУАЛИЗАЦИИ**

Основную часть информации студенты воспринимают с помощью зрительного анализатора в виде зрительных образов. Как прием мнемотехники прекрасно зарекомендовало себя использование структурно-логических схем, внедренных в учебный процесс выдающимся педагогом В.М. Шаталовым. «Картинки остаются в памяти отнюдь не в виде слов», – подводит итог своим опытам по распознаванию пейзажей американский физиолог Р. Хабер. Широко известно высказывание А. Эйнштейна о своей «технике размышлений» во время работы: «По-видимому, слова языка в их письменной или устной форме не играют никакой роли в механизме мышления. Психические сущности, которые, вероятно, служат элементами мысли, – это определенные знаки и более или менее ясные образы, которые можно «произвольно» воспроизводить и комбинировать между собой... Обычные слова и другие знаки приходится мучительно изыскивать лишь на втором этапе, когда упомянутая игра ассоциаций достаточно установилась и может быть по желанию воспроизведена».

Зрительная информация прекрасно воспринимается на лекциях и практических занятиях как в форме таблиц, так и при мультимедийной презентации.

Кафедры клинического профиля широко используют принцип визуализации при тестировании в виде снимков, демонстрирующих патогномоничные симптомы, схем оперативного вмешательства и т.д.

На кафедрах же медико-профилактического профиля традиционной формой тестов всегда считалось их прозаическое представление. Однако педагогический процесс подтверждает необходимость визуализации тестовых заданий.

Так, на третьем курсе студенты занимаются построением «розы ветров» в тетрадках для протоколов, при этом не возникает вопросов о понятиях «румб», «наветренная сторона», «подветренная сторона» и др., нет проблем по вопросу взаимного расположения селитебной территории и предприятий-загрязнителей. Но уже на четвертом курсе у многих студентов, получивших только описание частоты повторяемости направления ветра по румбам без зрительного образа, начинается путаница – и терминологическая, и смысловая. Вместе с тем, если в тестовом задании содержится графическое изображение той же информации, то процент ошибок резко снижается.

Аналогичным образом обстоит дело с тестами по субъективным методам оценки теплового состояния человека. Даже самое пространное пояснение понятия «эффективно-эквивалентная температура» не может сравниться по информативности с применением номограммы Яковенко: студент четко видит взаимоотношения трех составных частей микроклимата (температура, относительная влажность и скорость движения воздуха), находит на графике точку пересечения параметров изучаемых факторов и дает прогноз о зоне теплового самочувствия людей при заданных микроклиматических условиях.

Визуализация задания в виде табличной характеристики параметров микроклимата помещения, производственного шума и т.п. позволяет студенту более успешно справляться с тестовыми заданиями.

Проведенный анализ свидетельствует о перспективности дальнейшей работы по визуализации гигиенических тестов.

*Ластков Д.О., Болотов А.А.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,

### **КЛИМАТО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ БИОТРОПНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ УГОЛЬНЫХ ШАХТ**

Проблема оценки природно-климатических факторов особенно актуальна для работающих в опасных производствах, в частности, – в глубоких угольных шахтах. Метеопатологические реакции у горнорабочих на действие нагревающего микроклимата и климатообразующих факторов являются одними из основных причин производственного травматизма и внезапной смерти на рабочем месте.

Цель настоящего исследования: предложить методики прогнозирования и профилактики метеопатологических реакций у горнорабочих глубоких угольных шахт как с позиций медицинской климатологии (включая взаимосвязь метеофакторов в схеме погодных условий), так и гигиены труда (учет технологически значимых вредных и опасных производственных факторов, особенностей и характера выполняемого труда).

Следует отметить, что климатологические классификации не учитывают ряд значимых факторов, влияющих на горнорабочих, – таких как скорость движения воздуха, не учитывается возможность возрастания температуры воздуха в холодный период для погоды спастического типа, не отражены изменения технологически значимых производственных факторов (пыль, шум, вибрация), особенности и характер выполняемого труда, а также влияние действующих в различных комбинациях и сочетаниях других вредных и опасных факторов.

Ведущей причиной, препятствующей выполнению работы в заданном ритме, горнорабочие считают нагревающий микроклимат. Скорость движения и относительная влажность воздуха на рабочих местах обусловлены особенностями вентиляционного режима глубоких угольных шахт. В зимний период перепады температуры воздуха по отношению к поверхности шахты составляли 50-60°C относительной влажности – 30-40%.

Перепады барометрического давления по отношению к шахтной поверхности определяли расчетным путем с использованием барометрического градиента, равного 12 Па/м. На горизонтах глубиной 1000-1200м перепад давления составляет 12-14,4 кПа (90-108 мм рт.ст.). Средняя скорость изменения давления при быстрой фазе клетки составила около 40 Па/с, наибольшая – от 66 Па/с (в течение 195 сек.) до 125 Па/с (в течение 60 сек.). При переходе вентиляционных дверей колебания были на уровне от 0,2 до 0,45кПа, максимальный перепад составил 1,4-1,5 кПа (3-6 дверей подряд). Скорость изменения барометрического давления при переходе дверей достигла 50 Па/с, а в момент захлопывания дверей 160-250 Па/с.

У горнорабочих глубоких шахт ограничены возможности как химической терморегуляции ввиду невозможности снижения обмена веществ при выполнении трудовых операций, так и физической – вследствие спазма кровеносных сосудов от действия вибрации и затрудненного испарения пота при повышенном барометрическом давлении. По данным вариационной пульсометрии, у стажированных машинистов проходческих комбайнов, подвергающихся на глубоких горизонтах воздействию интенсивного шума, отмечается напряжение механизмов адаптации, которое характеризуется значительной централизацией управления сердечным ритмом.

Проведенный анализ выявил, что теоретические концепции медицинской климатологии не учитывают специфику подземной среды глубоких угольных шахт. Вместе с тем, полученные данные свидетельствуют о перспективности климато-гигиенического подхода к оценке биотропности производственной среды на базе основных положений гигиены труда и медицинской климатологии. Полученные результаты исследований позволяют обосновать методики прогнозирования и профилактики метеопатологических реакций у горнорабочих угольных шахт.

*Ластков Д.О., Гапонова О.В., Госман Д.А., Остренко В.В., Талев Аль Каравани Я.Б.*

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

### **ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ КАК ЗАГРЯЗНИТЕЛИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ: ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ**

В качестве модели оценки риска нами была выбрана почва, являющаяся наименее мигрирующим объектом окружающей среды. Показатели загрязнения почвы тяжелыми металлами (ТМ) минимально вариабельны и при этом определяют степень загрязнения воды и пищевых продуктов. По данным ВОЗ, от 80 до 95% ТМ (включая радионуклиды) поступают в организм человека по трофическим цепочкам из почвы с растительной пищей и продуктами животного происхождения.

За основу аналитического исследования по гигиенической оценке загрязнения почвы были взяты материалы Института минеральных ресурсов по ранее выполненному картированию всей территории г. Донецка. При сравнительной гигиенической оценке учитывалась концентрация 8 ТМ и металлоидов (свинец, цинк, кадмий, медь, марганец, фосфор, мышьяк, таллий), рассчитывалась кратность превышения ПДК (или фоновых показателей) и суммарная площадь загрязнения. Наиболее загрязненным в городе является Буденновский район ( по 5 ТМ – максимальная кратность превышения, по 6 ТМ – суммарная площадь загрязнения, по остальным ТМ – 2-е ранговое место), наименее – Ворошиловский район (отсутствие в почве 4 ТМ, минимальная кратность превышения – по 3 ТМ). Показано, что основными источниками загрязнения почвы ТМ являются завод «Вторцветмет», предприятия коксохимической, химической и металлургической промышленности, породные отвалы и процесс сжигания твердого топлива.

Для анализа показателей здоровья взрослого населения по районам проведена выкопировка данных по соответствующим ЦПМСП. Сопоставительный анализ состояния здоровья населения Буденновского района за

период 2010–2013 гг. свидетельствует о достоверно ( $p < 0,05$ ) более высоких показателях смертности и распространенности заболеваний (на 7,9%–12,5% по отношению к контрольному району и на 5%–8% по отношению к общегородским показателям). Обращает на себя внимание рост смертности и распространенности заболеваний в военный период (2014–2016 гг.) в сравнении с довоенным: по отношению к Ворошиловскому району рост показателей составил 8,9%–14,3%, к общегородским показателям – 7%–9%, хотя оба района не пострадали в результате боевых действий.

Заболеваемость населения Буденновского района в целом ниже аналогичных показателей по контрольному району и городу, однако по отдельным нозологиям – выше: например, по туберкулезу, онкологическим заболеваниям, болезням эндокринной системы, болезням кожи и подкожной жировой клетчатки и др.

При более низких показателях заболеваемости системы кровообращения в целом, среди населения Буденновского района заболеваемость инфарктом миокарда превышает аналогичный показатель по Ворошиловскому району на 108,6% в довоенный период и на 154,3% в период боевых действий, среднероссийский показатель – на 49,7% и 61,8%, соответственно. Заболеваемость инсультом населения Буденновского района выше соответствующих показателей по контрольному району и по городу на 112,9% и 9,0% в довоенное 4-хлетие, а также на 223,0% и 38,7% в военный период.

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

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

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР

### **ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЙ ТРУДА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ**

Было проведено изучение условий труда и заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) врачей основных хирургических специальностей на базе областной клинической больницы г. Донецка за трехлетний период. Для исследования и сравнительной оценки условий труда были использованы следующие нормативные документы: «Гигиеническая классификация труда ...» № 4137-86 (далее ГКТ), которая в настоящее время используется в Донецкой Народной Республике для аттестации рабочих мест и Специальная оценка условий труда (далее СОУТ) (Федеральный закон N 426-ФЗ от 28.12.2013 (ред. от 01.05.2016), используемая в Российской Федерации для проведения аттестации рабочих мест медицинского персонала. Исследования проводились на рабочих местах врачей хирургов отделения анестезиологии и интенсивной терапии, нейрохирургических, хирургических, торакальных отделений, патологоанатомического, урологического и отделения неотложной кардиологии.

Изучение режима работы врачей в течение дня показало, что распределение видов производственной деятельности, число принятых больных зависят от длительности рабочей недели, продолжительности рабочего дня, количества операционных дней в неделю и длительности операционного периода в операционный день. Проведенные исследования условий труда указывают на негативное влияние сразу нескольких факторов трудового процесса. По данным СОУТ условия труда врачей-хирургов относятся к 3 классу 1 степени (согласно Приложению 2 Закона № 250н от 24.04.2015 условия труда по напряженности соответствуют 3 классу 1 степени), а согласно ГКТ – к 3 классу 2 степени (ведущие показатели – тяжести и напряженности трудового процесса).

При проведении рангового распределения основных нозологических групп, определяющих структуру ЗВУТ среди врачей-хирургов, было выявлено, что первое место принадлежит заболеваниям органов дыхания, на втором месте находятся болезни системы кровообращения, на третьем – болезни органов пищеварения. Полученные данные совпадают с данными литературы по заболеваниям медицинских работников. Средняя трехлетняя ЗВУТ в случаях врачей хирургического профиля –  $34,85 \pm 1,42$  на 100 работающих, в днях –  $426,09 \pm 3,88$ . Максимальный уровень заболеваемости среди врачей хирургического профиля наблюдается у врачей патологоанатомической группы, что вероятно, связано с высоким риском заражения инфекционными заболеваниями вследствие длительного контакта с биологическими жидкостями и тканями. Высокий уровень заболеваемости врачей отмечается и в группе отделений неотложной кардиологии, что, по-видимому, обусловлено наличием таких характеристик, как принятие решений в кратчайшие сроки в условиях дефицита информации, высокий уровень смертности пациентов, необходимость постоянного контроля состояния больного. Высокий уровень ЗВУТ среди врачей в хирургических и торакальных отделениях в первую очередь определяется болезнями системы кровообращения и связан, скорее всего, с такими негативными факторами трудового процесса, как гиподинамия, длительная статическая нагрузка, нерегулярная сменность, длительное пребывание в вынужденной рабочей позе.

Таким образом, согласно ГКТ, условия труда врачей-хирургов относятся к 3 классу 2 степени, тогда по данным СОУТ – к 3 классу 1 степени. Наиболее значимыми и информативными показателями профессионального риска являются показатели тяжести и напряженности труда, которые в настоящее время не учитываются при установлении льгот и компенсаций за работу во вредных условиях.

*Ластков Д.О., Клименко А.И., Михайлова Т.В.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## **ПРИНЦИПЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ГИГИЕНЫ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЕЕ ПРЕПОДАВАНИИ**

Коммерциализация современной медицины все более обнажает и углубляет главное противоречие национального здравоохранения – растущие финансовые потребности лечебных учреждений, но ухудшение конечных показателей здоровья населения, с одной стороны, и актуализация объективной потребности населения в эффективных способах укрепления здоровья и снижения частоты массовых заболеваний, с другой. Гигиена, как теоретическая основа профилактики, является тем мостом, который способен сгладить это противоречие, поскольку изучает закономерности влияния окружающей среды на здоровье населения для обоснования и повышения эффективности диагностических, лечебных и профилактических мероприятий. Таким образом, современный врач, вооруженный гигиеническими компетенциями будет способен не только оказывать помощь на ранних этапах развития болезней, но и прогнозировать возможность и вероятность их возникновения на до-нозологической стадии. Гигиеническая компетенция, по нашему представлению, это – неаддитивная, синергетическая система знаний, умений, навыков и способностей врача, направленная на диагностику, лечение и профилактику заболеваний с учетом качества окружающей среды и образа жизни пациента. Технология обучения студентов предмету «гигиена и экология» по компетентностному методу включает следующие обязательные элементы: мотивацию студентов, отбор современной значимой информации и типичных гигиенических ситуаций, разработку и тиражирование ситуационных задач-симуляторов на стандартных бумажных или электронных носителях, разработку и формулировку заданий для студентов, алгоритмов решения задач в графическом и текстовом виде, разработку и представление современного справочного материала. Особенностью гигиенической компетенции является оценка фрагмента гигиенической ситуации путем сравнения с действующими нормативами, которые отражены в различных официальных источниках (государственные стандарты, санитарные нормы и правила, строительные нормы и правила, национальные списки предельно допустимых концентраций химических веществ и аэрозолей и т.д. и т.п.). Некоторые из этих официальных документов занимают десятки, а иногда и сотни страниц. Глубоко убеждены в том, что работа с оригиналами этих документов является важным элементом гигиенической компетенции. Однако его овладение, скорее всего, уместно при обучении в интернатуре. На более ранних этапах обучения необходимо отдавать предпочтение извлечениям из данных документов, адаптированных к задаче-симулятору, с указанием выходных данных документов.

*Ластков Д.О., Павлович Л.В., Выхованец Т.А.*

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

## **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ У СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ**

Целью дисциплины «НИР» является усвоение навыков выполнения научно-исследовательской работы студентами-выпускниками медико-профилактического отделения для правильного понимания механизмов взаимодействия фактора окружающей среды с организмом человека и разработки мер профилактики неблагоприятного влияния изучаемого фактора на здоровье различных групп населения. Для достижения поставленной цели необходимо последовательное решение следующих задач: овладение методами интерпретации имеющейся информации по теме НИР для получения объективной картины характеристик фактора окружающей среды и показателей состояния здоровья различных групп населения; овладение методами анализа новой информации для оценки санитарно-эпидемиологического благополучия населения; проработка основных положений гигиенической регламентации фактора окружающей среды в соответствии с действующим перечнем основных нормативных и методических документов; овладение методикой разработки мер профилактики неблагоприятного воздействия фактора окружающей среды для различных категорий населения; ознакомление с основами организации, проведения и оформления научно-исследовательской работы; овладение навыками ведения научной дискуссии.

Дисциплина «НИР» входит в Блок 2 «Учебная и производственная практика, научно-исследовательская работа» учебного плана подготовки специалистов и включает 108 часов самостоятельной работы студентов. Изучение дисциплины базируется на знаниях, полученных студентами на общетеоретических, медико-биологических, клинических и гигиенических кафедрах, в частности, дисциплинах «Основы научно-исследовательской работы», «Информатика, медицинская информатика и статистика», а также на изучении базовой дисциплины – «Общая гигиена, социально-гигиенический мониторинг» и профильных гигиенических дисциплин («Военная гигиена», «Коммунальная гигиена», «Гигиена питания», «Гигиена детей и подростков», «Гигиена труда», «Радиационная гигиена»), в процессе изучения которых формируются необходимые знания.

Сложность реализации цели и задач дисциплины обусловлены отсутствием аудиторных занятий в отличие от классического университета, где подготовка дипломной работы начинается со 2-го курса, а на ее оформление и защиту отводится 2 месяца. Студентам были предложены 34 темы-направления по шести разделам гигиены. Выполнение работы контролировалось по 8 фрагментам: - подготовка раздела «Введение», формулирование цели, задач, объекта и предмета исследований; - подготовка разделов «Аналитический обзор литературы» и «Материалы и методы исследований»; - подготовка раздела «Гигиеническая оценка фактора окружающей среды, действующего на различные группы населения» (студенты получали данные о факторе-загрязнителе атмосферного воздуха, воды, почвы, пищи, вредном производственном факторе и т.п., которые необходимо было

проанализировать); - подготовка раздела «Анализ показателей состояния здоровья различных групп населения – как подвергающихся неблагоприятному воздействию фактора окружающей среды, так и контрольной группы» (студенты получали для оценки данные о показателях состояния здоровья изучаемых контингентов); - статистическая обработка полученных данных на принципах доказательной медицины; - подготовка раздела «Выявление зависимостей между характеристиками фактора окружающей среды и показателями состояния здоровья различных групп населения»; - подготовка раздела «Разработка системы мер профилактики неблагоприятного воздействия фактора окружающей среды на здоровье различных групп населения»; - подготовка раздела «Заключение», содержащего выводы и практические рекомендации по НИР. Последним этапом была защита НИР, оцениваемая по 4 критериям с выставлением дифференцированной оценки.

*Ластков Д.О., Соколова О.В.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

### **БИОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ: ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА**

Население промышленных регионов, как правило, употребляет недоброкачественную питьевую воду, причем следует ожидать, что такое потребление будет неуклонно увеличиваться вследствие антропогенного прессинга и неблагоприятных изменений климата.

По данным ранее проведенных исследований у студентов Донбасса наблюдается вторичный иммунодефицит, неблагоприятные изменения гематологических показателей, параметров умственной и физической работоспособности, сенсомоторных реакций, артериального давления, субъективной самооценки, которые, по видимому, обусловлены экологической ситуацией в регионе.

Цель работы состояла в изучении влияния природной и очищенной питьевой воды на функциональное состояние организма студентов из экологически неблагополучных городов Донбасса.

В трех сериях эксперимента принимали участие 27 практически здоровых студентов 6-го курса, в т.ч. 7 лиц мужского пола. В течение месяца испытуемые в том же объеме, что и раньше, употребляли природную фасованную воду «Альпийская» (рН=7,61; минерализация = 300мг/л; окислительно-восстановительный потенциал = 190 мв) либо свежетающую воду, приготовленную из водопроводной методом «вымораживания» (рН =6,91; минерализация = 190 мг/л; окислительно-восстановительный потенциал = 149 мв). До начала эксперимента и по его окончании у испытуемых определяли показатели межфазной тензиометрии сыворотки, а также стандартные показатели иммунограммы и клинического анализа крови. Ежедневно изучались психофизиологические показатели (корректирующая проба, опросник САН (самочувствие, активность, настроение) и др.).

Через месяц питья природной фасованной воды у 67% испытуемых увеличились показатели содержания лимфоцитов и субпопуляции. Соотношение ИРИ (иммунореактивный инсулин), определяющее силу иммунного ответа, достоверно повысилось у 67% испытуемых. Концентрация IgA, IgM, IgG повысилась. Учитывая возможное влияние сезонных колебаний количества и функциональной активности Т- и В- лимфоцитов, у 44% испытуемых изучены те же показатели через месяц после возвращения к прежнему питьевому режиму. Выявлена противоположная рассмотренной ранее направленность сдвигов в отношении лимфоцитов в 75-100% случаев.

Также у испытуемых отмечалось повышение показателей умственной работоспособности и мышечной выносливости. Наблюдались нормализация параметров систолического и диастолического артериального давления, улучшение памяти, самочувствия, настроения и повышение активности.

Следует отметить что поверхностное натяжение сыворотки крови после изменения питьевого режима уменьшилось у 78% испытуемых, за счет выхода из клеток организма «отработанной» воды, что свидетельствует о высокой биологической ценности исследуемой питьевой воды.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: потребление в течение месяца природной фасованной или свежетающей воды, соответствующей гигиеническим нормативам, приводит к снижению поверхностного натяжения сыворотки крови испытуемых по показателям межфазной тензиометрии и улучшению функционального состояния организма, что, в частности, проявляется достоверным улучшением показателей адаптивного иммунитета - как клеточного, так и гуморального, повышением работоспособности, нормализацией самочувствия и артериального давления.

*Лебедева Е.А.<sup>1</sup>, Куртасов А.А.<sup>1</sup>, Скобло М.Л.<sup>2</sup>, Чмишкян А.С.<sup>3</sup>*

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница №6, г. Ростов-на-Дону

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону, Ростов-на-Дону

### **СПОСОБЫ КУПИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

**Цель исследования:** Изучить безопасность и эффективность применения инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота и этилметилгидроксипиридина сукцинат, по сравнению с препаратами группы бензодиазепинов, для купирования послеоперационного делирия у пожилых пациентов.

**Материалы:** Исследование проводилось на базе кафедры анестезиологии и реаниматологии. Дизайн исследования: проспективное контролируемое рандомизированное (методом конвертов) исследование. Характеристика выборки: пациенты в возрасте от 65 до 74 лет, которым требовалось оперативное вмешательство

по экстренным показаниям и у которых в послеоперационном периоде возникал делирий. В исследование не включались пациенты, у которых при проведении предоперационного осмотра регистрировались нарушения когнитивных функций, такие как, изменения в ориентации, тревога, возбуждение, галлюцинации и/или пароксизмальное потение.

Методы исследования:

- оценка степени выраженности органной дисфункции до и после операции проводилась по шкале оценки множественной органной дисфункции SOFA (Sequential Organ Failure Assessment);

- отсутствие или постановка диагноза делирий в пред- и послеоперационном периодах проводилась по шкале выявления делирия – The Delirium Detection Score (DDS). Диагноз делирий ставился при количестве баллов более 8.

- оценка уровня глубины седации проводилась по Шкале RASS (шкала возбуждения-седации Ричмонда, Richmond Agitation-Sedation Scale).

Все пациенты были рандомизированы методом конвертов на три группы исследования: I-я (32 пациента), II-я (28 пациентов) и III-я (29 человек). Всем больным проводилась тотальная внутривенная анестезия тиопенталом натрия в дозе по 100 мг каждые 20-25 минут. В премедикацию вводился фентанил в дозе 0,05-0,1 мг внутривенно. Обезболивание во время операции осуществлялось фентанилом в дозе 0,1 мг каждые 15-25 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 в послеоперационном периоде вводился инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота: 10 мл препарата цитофлавин в разведении на 200 мл 10 % раствора глюкозы внутривенно капельно со скоростью 140 капель (7 мл) в минуту. Пациентам III 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 ( $p=0,6$ ), гендерному составу ( $p=0,86$ ), тяжести состояния на момент поступления в операционную ( $p=0,98$ ). 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 40,6% (13 из 32 больных), во II группе – 37,5% (9 из 24 больных) и в III - 44,8% (13 из 29 больных). Тяжесть состояния по шкале SOFA составляла в группах наблюдения 0,0 (0,0; 1,0) балл ( $p=0,98$ ).

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; 4,0) час с момента перевода больного из операционной в отделение реаниматологии; во II-ой - на 2,0 (1,0; 3,5) час и в III группе - на 2,5 (1,0; 4,0) час соответственно.

В I группе для купирования послеоперационного делирия требовалась доза бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 9,0 (4,0; 9,0) мг. В III группе для купирования послеоперационного делирия требовалась доза этилметилгидроксипиридина сукцинат 600 (400; 800) мг. В III группе применение максимально допустимых доз препарата для купирования делирия в послеоперационном периоде требовалось меньшему количеству пациентов по сравнению с I группой (в I группе 68,8 %, в III - 41,4 %,  $p=0,033$ ).

После введения первой разовой дозы бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в I группе, 35 мл разведенного инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота во II группе и первой разовой дозы этилметилгидроксипиридина в III группе отмечалось статистически значимое ( $p=0,043$ ) снижение количества баллов по шкале DDS в III группе наблюдения по сравнению с остальными группами.

Во II и III группе пациентов количество пациентов, которым удалось полностью купировать явления делирия было статистически значимо ( $p=0,042$ ) больше, чем в I группе.

Более выраженный уровень седации регистрировался у пациентов в I группе наблюдения 4,0(4,0;3,0) баллов. В III группе наблюдения уровень седации был в пределах 2,(2,0;2,0) балла.

**Заключение:** Применение инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота и этилметилгидроксипиридина сукцинат с целью купирования послеоперационного делирия у пациентов пожилого возраста дает ряд преимуществ по сравнению с использованием бромдигидрохлорфенилбензодиазепина. Создается возможность купирования послеоперационного делирия в 1,5 раза чаще ( $p=0,042$ ) по сравнению с применением бромдигидрохлорфенилбензодиазепина. Данная возможность сопровождается меньшей глубиной седации ( $p=0,001$ ) у пациентов, которым применялся инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота и этилметилгидроксипиридина сукцинат, что является одним из основных требований для реабилитации в условиях отделения анестезиологии и реаниматологии, обеспечивая большую их безопасность.

**Выводы:** Использование инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота и этилметилгидроксипиридина сукцинат безопасно и эффективно для купирования послеоперационного делирия у пожилых пациентов по сравнению с препаратами группы бензодиазепинов.

*Лебедева Е.А.<sup>1</sup>, Куртасов А.А.<sup>1</sup>, Скобло М.Л.<sup>2</sup>, Беляевский С.А.<sup>3</sup>, Чимишкян А.С.<sup>3</sup>  
Лохматова В.В.<sup>1</sup>, Адлейба Л.З.<sup>1</sup>*

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница №6, г. Ростов-на-Дону

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону, Ростов-на-Дону

### **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ**

**Цель исследования:** Изучить влияние активной оксигенации во время индукции на развитие послеоперационной тошноты и рвоты.

**Материалы и методы:** Проведено проспективное контролируемое рандомизированное исследование. В исследование вошли 47 пациентов. Характеристика выборки: пациенты в возрасте от 18 до 75 лет, которым проводилось оперативное вмешательство в виде лапароскопии или лапаротомии. Проводилась тотальная внутривенная анестезия (тиопентал натрия, пропофол) с миорелаксацией и искусственной вентиляцией легких через эндотрахеальную трубку или ларингеальную маску.

Все пациенты были рандомизированы методом конвертов на две группы исследования: I - контрольная (21 пациент) и II - исследуемая (26 пациентов). Пациентам I группы во время индукции проводилась активная оксигенация через лицевую маску. Пациентам II группы во время премедикации и индукции проводилась пассивная оксигенация через лицевую маску. Оценка факта возникновения послеоперационной тошноты и рвоты проводилась в течение 8 часов послеоперационного периода.

**Результаты:** Группы пациентов не различались по возрасту ( $p=0,86$ ), гендерному составу ( $p=0,93$ ). Во II группе число холецистэктомий было больше на 8,06%, однако общее соотношение оперативных вмешательств статистически значимо не отличалось в группах наблюдения ( $p=0,68$ ). Вестибулярные нарушения в анамнезе отмечали в I группе 23,81% пациентов, во II - 31,77% ( $p=0,61$ ). Не показало статистической разницы в данных между группами наблюдения наличие таких факторов риска возникновения послеоперационной тошноты и рвоты, как курение ( $p=0,93$ ), длительность операции ( $p=0,89$ ), необходимость применения в послеоперационном периоде обезболивания опиоидами ( $p=0,84$ ), вида оперативного вмешательства ( $p=0,78$ ). Несмотря на то, что между группами сравнения не обнаружено статистически значимой разницы по факторам риска, однако во II группе на 19,96% ( $p=0,045$ ) было меньше число возникновения случаев послеоперационной тошноты и рвоты. Так, в I группе у пяти пациентов из 21 развилась послеоперационная тошнота и рвота, в то время как во II группе данное осложнение регистрировалось только в одном случае из 26.

**Заключение:** Отказ от активной оксигенации во время индукции снижает вероятность развития послеоперационной тошноты и рвоты.

*Лебедева Е.А.<sup>1</sup>, Беляевский С.А.<sup>2</sup>, Куртасов А.А.<sup>1</sup>, Скобло М.Л.<sup>3</sup>, Давыденко А.В.<sup>2</sup>,  
Минкин С.В.<sup>2</sup>, Чимишкян А.С.<sup>2</sup> Лохматова В.В.<sup>1</sup>, Адлейба Л.З.<sup>1</sup>*

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону, Ростов-на-Дону

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница №6, г. Ростов-на-Дону

### **МЕТОД СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

**Цель работы:** Уменьшение выраженности болевого синдрома при глубоком поражении тканей у пациентов с синдромом диабетической стопы.

**Методы:** Для решения поставленной задачи проведено проспективное контролируемое слепое рандомизированное исследование, в которое включены 62 пациента в возрасте 72,0 (67,0; 83,0) лет. Критериями включения являлись наличие глубокого поражения тканей (Класс 3 и более по классификации раневых дефектов при синдроме диабетической стопы по Вагнеру); удаление некротизированных и нежизнеспособных тканей; дренирование гнойных полостей. Критериями исключения являлись наличие в анамнезе эпилепсии (или каких-либо других судорожных припадков); наличие остаточных полостей (каверны, абсцессы и воздушные кисты) в легких; тяжелые формы гипертонической болезни; нарушение проходимости евстахиевых труб и каналов, соединяющих придаточные пазухи носа с внешней средой (полипы и воспалительные процессы в носоглотке, среднем ухе, придаточных пазухах носа, аномалии развития и т.п.); клаустрофобия. Данные критерии являются противопоказаниями к проведению сеансов ГБО [7]. Обезболивание больных в до- и послеоперационный период проводилось в соответствии с требованиями по облегчению, лечению и профилактике боли и болезненных ощущений, связанных с заболеванием и (или) медицинским вмешательством [8]. В качестве метода оценки боли применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Целевым уровнем обезболивания больного являлось восприятие боли не более 40% по ВАШ. Начиная со 2-х суток послеоперационного периода больные разделялись методом конвертов на две группы. В I группу вошли 30 пациента, терапия которых проводилась в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению данной патологии [1]. Во II группу вошли 32 больных, которым в программу лечения с согласия пациента включалась ГБО. ГБО проводилась чистым медицинским кислородом, соответствующий стандартам (в нашем случае изготавливаемым ООО «Оксиген»), в барокамерах типа ОКА-МТ и БЛКС-303. Продолжительность ежедневных сеансов – режим 1,5 АТА, 45 минут, время компрессии и деком-

прессии – по 15 минут. Курс кислородотерапии под повышенным давлением состоял из 5-7 ежедневных сеансов. Анализируемые группы контрольная (I) и исследуемая (II) были сопоставимы по возрасту ( $p=0,87$ ), полу ( $p=0,93$ ), глубины поражения тканей ( $p=0,74$ ), виду хирургического вмешательства ( $p=0,82$ ) и интенсивности восприятия боли в 1-е сутки послеоперационного периода ( $p=0,87$ ). Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA 6,0 (StatSoft Inc., США).

**Результаты:** На 3-и сутки послеоперационного периода у пациентов II группы суточная потребность в анальгетиках снизилась в 2,4 раза по сравнению с I группой ( $p=0,017$ ). На 4-е сутки послеоперационного периода выявилась статистически значимая разница в количестве пациентов, которым не требовалось введение анальгетиков (во II-ой группе на 18,2% меньше по сравнению с I-ой;  $p=0,031$ ). Осложнений и побочных эффектов ГБО, проявляющихся в виде головокружения и ухудшения самочувствия [6], не наблюдалось.

**Заключение:** Включение ГБО в программу лечения глубокого поражения тканей у пациентов с синдромом диабетической стопы представляется целесообразным как метод снижения интенсивности болевого синдрома и позволяет уменьшить дозы анальгетиков.

*Лесниченко Д.А., Прилуцкий А.С., Баранова О.В., Андропова Е.В., Ревенко Д.К.*

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

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный университет»

### **УРОВНИ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А И ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 У ЛИЦ АТОПИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Секреторный иммуноглобулин А (sIgA) играет важную роль в защите слизистых оболочек, нейтрализуя широкий спектр инфекционных возбудителей, предотвращая гиперчувствительность к различным аллергенам. Ряд исследователей указывают на снижение IgA в крови и секретах при atopических заболеваниях, в то время как в других работах не было отмечено достоверного снижения sIgA у данных лиц. Следует указать, что сегодня все больше внимания уделяют изучению клеточного и гуморального механизмов аллергии. Ряд авторов указывают на участие интерлейкина-4 (ИЛ-4) в регуляции реакций гиперчувствительности I типа. Установлено, что данный цитокин стимулирует выработку аллергенспецифических IgE. Следует отметить, что существуют немногочисленные работы, посвященные исследованию ассоциаций между продукцией ИЛ-4 и секрецией иммуноглобулинов класса E in vivo при различной патологии. В то же время, данные об исследованиях взаимосвязи синтеза ИЛ-4 и секреторного IgA в литературе отсутствуют.

Целью исследования было определить наличие ассоциаций уровня интерлейкина-4 с концентрацией секреторного IgA в ротовой жидкости у лиц, страдающих atopическими заболеваниями.

Содержание sIgA ротовой жидкости и интерлейкина-4 сыворотки определялось у 333 пациентов, страдающих IgE-зависимой аллергией и имеющих повышенный уровень общего IgE (опытная группа). В группе было 192 ребенка в возрасте до 18 лет, и 141 взрослый пациент. Контрольную группу составили 104 человека без проявлений аллергии в анамнезе и нормальными уровнями общего IgE. В группе было 47 детей в возрасте до 18 лет и 57 взрослых. Определение содержания указанных маркеров проводилось с помощью разработанных сотрудниками кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии ГОУ ВПО «ДонНМУ им.М.Горького» иммуноферментных тест-систем для определения sIgA и ИЛ-4. Проводимая при помощи программы «MedStat» статистическая обработка полученного материала включала анализ распределения. В связи с непараметрическим характером распределения данных для статистического анализа рассчитывались медиана и ошибка медианы, использовались непараметрические критерии сравнения (Уилкоксона). Сила связи рассчитывалась с помощью критерия Кендалла.

Установлено, что для взрослых лиц, страдающих atopическими заболеваниями и имеющих повышенные уровни общего IgE, характерно достоверное снижение уровня sIgA в ротовой жидкости при повышении концентрации интерлейкина-4. Кроме того, в данной группе обследованных установлена достоверная ( $p<0,05$ ) обратная связь концентрации секреторного IgA ротовой жидкости с концентрацией ИЛ-4 при наличии высоких уровней указанного цитокина. Отсутствие достоверной обратной связи концентрации ИЛ-4 и содержанием sIgA в группе детей с atopическими заболеваниями, вероятно, связано с тем, что концентрация секреторного IgA, в отличие от ИЛ-4, зависит от возраста. В частности, имеются работы, свидетельствующие о существенном снижении уровня sIgA ротовой жидкости у детей до 10 лет. При этом, ранее нами было установлено, что содержание ИЛ-4 в зависимости от возраста не подвержено существенным возрастным колебаниям. Поэтому, физиологически низкая концентрация sIgA ротовой жидкости у детей даже на фоне atopических заболеваний на приводит к достоверной обратной корреляции данного маркера с более стабильным уровнем ИЛ-4. Указанные ассоциации секреторного иммунитета и цитокинового статуса целесообразно учитывать при обследовании лиц с IgE-зависимой аллергией, а также с целью коррекции лечебно-профилактических мероприятий в отношении их.

*Линчевский Г.Л., Головки О.К., Колесников А.Н., Дутов Е.М.*

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

### **СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ВЫХАЖИВАНИЯ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РДКБ**

Проведенный сравнительный анализ работы отделения интенсивной терапии новорожденных детей

РДКБ (Республиканской детской клинической больницы) ДНР свидетельствует о необходимости существенного пересмотра стратегии и тактики оказания специализированной помощи больным недоношенным детям поступившим с соматической, хирургической и инфекционной патологией в различных комбинационных вариантах. В связи с этим, в условиях ограниченных возможностей была осуществленная организационная перестройка работы отделения и в первую очередь в кадровом врачебном и сестринском составе, а во вторую – в материально-техническом и лабораторно – диагностическом обеспечении. Работа в условиях нарушенных путей коммуникации между регионами республики, потребовали значительно пересмотреть и реорганизовать работу как коллектива отделения, так организационно – структурные связи между многими профильными медицинскими центрами республики с целью оптимизации и повышения качества диагностики и лечения всех видов экстренной, неотложной и острой патологии новорожденных детей. Очевидной стала необходимость создания и организация Реанимационно – консультативного центра в структуре неонатологической службы РДКБ, что, по нашему мнению, позволит напрямую оказывать неотложную консультативную помощь родильным отделениям и детским стационарам регионов в принятии диагностических решений для определения тактики лечения и ведения больных в экстренных случаях, а при необходимости подготовить ребенка к последующей эвакуации.

Возникшие трудности в местах проживания по оказанию квалифицированной ранней реабилитационной помощи недоношенным детям, перенесшим тяжелые заболевания и хирургические вмешательства, инициируют необходимость в организации отделения ранней реабилитации этой группы детей, а также кабинета катамнезапостреабилитационного наблюдения и лечения. Цель создания отделений «последующего наблюдения» состоит в индивидуализации подходов к недоношенному ребенку, снижении тяжести последствий перенесенной неонатальной патологии и уменьшении частоты инвалидизирующих состояний. «Отделения последующего наблюдения за недоношенными детьми» не являюся и не заменяют собой неврологический стационар, но включает в себя вопросы качественного созревания нервной системы и лечения имеющихся неврологических расстройств. Многоплановая и разносторонняя деятельность отделения требует организации безопасной среды для больного ребенка (четкое и безусловное выполнение норм эпидемиологической безопасности сотрудниками в работе с больными различным профилем заболеваний, соблюдение идентификации пациента по нозологии, фармакологической безопасности, безопасности хирургических вмешательств и соблюдение многих тонкостей и особенностей по уходу за новорожденными детьми).

Для обеспечения качественного ухода за больным ребенком в отделениях ИТ необходима плановая, непрерывная подготовка сестринского персонала. Эффективность оказания медицинской помощи зависит от профессиональной сестринской деятельности, направленной на повышение качества оказания данной помощи, путем осуществления стандартизованных технологий сестринского ухода за больными недоношенными детьми с соматической и хирургической патологией.

Решение поставленных задач, обеспечение их программно-методической базой, мотивировка на непрерывное образование медицинского персонала – таким видит путь снижения заболеваемости и смертности новорожденных и снижения уровня инвалидизации недоношенных детей неонатологи кафедры анестезиологии, реанимации и неонатологии Дон НМУ им. М Горького.

*Лубенская О.А.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,  
кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Донецк, ДНР  
зав. кафедрой – проф. Абрамов В.А., научный руководитель – асс. Бойченко А.А.

### **ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Цель исследования.** Изучение особенностей самосознания пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» с разной степенью сформированности совладающего поведения.

**Материалы и методы исследования.** Исследование самосознания больных проводилось путем обследования 58 респондентов в возрасте от 19 до 63 лет с установленным диагнозом «параноидная шизофрения». Оценка уровня самосознания в рамках экзистенциальной исполненности личности и таких ее составных элементов, как самодистанцирование, самотрансценденция, свобода, ответственность, персональность и экзистенциальности, осуществлялась с помощью шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглер. Оценка степени совладающего поведения проводилась на основании методики «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана. Данные подвергались статистической обработке в пакете статистической обработки «MedStat».

**Результаты.** В результате проведенного исследования были получены средние значения показателей экзистенциальной исполненности в общей выборке: самодистанцирование –  $25,8 \pm 1,4$  (низкий показатель); самотрансценденция –  $59,5 \pm 1,9$  (низкий показатель); свобода –  $40,5 \pm 1,4$  (средний показатель); ответственность –  $43,7 \pm 2,0$  (средний показатель). Показатели факторов личности: персональность –  $85,8 \pm 2,9$  (низкий показатель); экзистенциальность –  $84,3 \pm 3,2$  (средний показатель); суммарный показатель –  $169,8 \pm 5,8$  (низкий показатель). На основании результатов методики «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана были выделены 3 группы больных с разной степенью сформированности совладающего поведения: в первую группу вошли пациенты с показателем «уровень разрешения проблем» 0-6; во второй группе данный показатель составил 7-9; а в третьей группе – 10-11. В результате сравнительного анализа в выделенных группах не было выявлено статистически достоверных различий (критерий Краскала-Уоллиса,  $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Несмотря на то, что в выделенных группах пациентов с разным уровнем продуктивного со-владеющего поведения не было выявлено статистически достоверных различий, были выявлены низкие значения показателей самодистанцирование, персональность и суммарного показателя экзистенциальной исполненности. Низкий уровень показателя самодистанцирования указывает на невозможность больных паранойдальной шизофренией дистанцироваться относительно себя, взглянуть на себя «со стороны». При этом такие пациенты заняты главным образом собой, к примеру, своими мыслями и желаниями, упреками в свою сторону. В жизни больных с низким показателем самодистанцирования важную роль приобретают случайности, не зависящие от самих людей. Низкие показатели персональности указывают на замкнутость больных шизофренией. Замкнутость личности, неуверенность отображаются так же в низких параметрах общей экзистенциальной исполненности. Больным шизофренией свойственна аффективная уплощенность и скудность в отношении с социумом. Это делает больных беспомощными в понимании ценностей. Больные шизофренией нерешительны и не уверены в собственных заключениях. Им характерна тревожность, вызванная необходимостью принять решение из-за опасения возможных последствий. Полученные результаты могут быть применены для разработки и программ индивидуальной и групповой психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными шизофренией.

*Луцкий Е.И., Луцкая Е.И.*

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

### **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА**

**Цель исследования.** Изучить состояние когнитивных функций (КФ) на основании показатели оперативной памяти и внимания у лиц, подверженных действию хронического психосоциального стресса (ХПСС).

**Материалы и методы.** Обследовано 157 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) и помощников машинистов (ПМ) в возрасте от 19 лет до 58 лет со стажем работы 3 месяцев до 33 лет, которые составила основную группу (ОГ). С учетом возраста и стажа работы ММЛ и ПМ были разделены на 5 групп (гр). В контрольную группу (КГ) было отобрано 100 практически здоровых мужчин добровольцев в возрасте 20 лет до 60 лет, профессиональная деятельность которых не связана с действием стрессогенных факторов. Они были распределены на 5 групп по 20 человек в каждой в зависимости от возраста, согласно распределению ОГ. Оценка состояния КФ включала исследование памяти и внимания. Исследование кратковременной памяти проводилось с помощью теста повторения рядов цифр в прямом и обратном порядке по методу Векслера (Lezak M.D.). На основании полученных данных проводился расчет счета в прямом порядке (СПП). Функцию внимания оценивали с использованием корректурной пробы (КП) с вычислением коэффициента устойчивости (КУ) и концентрации (КК). Также была выполнена комплексная оценка КФ с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA).

**Результаты.** В ОГ выявили снижение показатели СПП в первые 5-7 лет воздействия ХПСС, что отражалось в более низких результатах тестирования в гр.2 в сравнении с гр.1, гр.4 и гр.5 ( $p < 0,05$ ). В дальнейшем фиксировалось увеличение значений СПП в гр.3 и гр.4, с последующим его снижением в гр.5 ( $p < 0,0042$ ). В КГ динамика изменения СПП указывала на постепенное снижение показателей памяти с возрастом. Это отражалось в статистических отличиях между гр.1 и гр.2 в сравнении с гр.3, гр.4, гр.5 ( $p < 0,05$ ), а также между гр.3 и значениями в гр.4 и гр.5 ( $p < 0,05$ ). При сравнении СПП между ОГ и КГ установлено, что у ММЛ и ПМ результаты были статистически значимо ниже в гр.2 и гр.5 в сравнении с аналогичными группами контроля ( $p = 0,0001$  и  $p = 0,022$  соответственно).

Анализ показателей КУ и КК указывает на постепенное их снижение в группах ОГ и КГ. В ОГ выявлены статистически значимые отличия между результатами в гр.5 и значениями в гр.1, гр.2 и гр.3 ( $p < 0,01$ ). В КГ наблюдали более плавное снижение изучаемых коэффициентов с возрастом исследуемых. Сравнение данных КУ и КК между ОГ и КГ выявило более высокие их значения у ММЛ и ПМ в гр. 1 в сравнении с соответствующей группой контроля ( $p = 0,007$  и  $p < 0,01$  соответственно). В гр.4 и гр.5 ОГ значения КУ и КК были ниже значений в гр.4 и гр.5 контроля ( $p < 0,001$ ).

Данные MoCA указывают на постепенное снижение значений КФ в ОГ и КГ с увеличением длительности действия ХПСС и возрастом. При этом сравнение полученных результатов между группами ММЛ и ПМ, и контролем статистически значимых отличий не выявили ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют, что воздействие ХПСС сопровождается снижением показателей краткосрочной памяти и внимания у ММЛ и ПММ. Данные процессы начинают формироваться в первые 5 – 7 лет работы в условиях действия факторов стресса, что можно расценивать, как острую реакцию на стресс. В дальнейшем регистрировалось улучшение значений исследуемых показателей, что указывает на развитие процессов адаптации. Снижение результатов повторения цифр и КП в более поздний период действия ХПСС свидетельствует о развитии процессов дезадаптации. Результаты исследования отражают негативное влияние хронического стресса на показатели памяти и внимания. С целью выявления начальных проявлений стресс-ассоциированных когнитивных нарушений целесообразно использовать тесты, направленные на изолированную оценку КФ.

*Луцкий И.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В.*

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

## **МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ДЕЙСТВИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА**

Целью исследования является определение патофизиологических механизмов формирования эндотелиальной дисфункции (ЭД) при действии факторов хронического психосоциального стресса (ХПСС).

Обследовано 160 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) и помощников машинистов (ПМ), работа которых, по определению Международной организации труда, признана одной из наиболее стрессогенных. В качестве контроля обследовали 100 добровольцев.

Активность стрессорной системы оценивали по концентрации в крови кортизола (Кр). Определяли содержание эндотелиальных вазорегуляторовоксида азота (NO), эндотелина 1 (ЕТ-1), ангиотензина 2 (АТII). Изучали антиоксидантную активность плазмы (АОАП). Процессы окислительного стресса (ОС) оценивали по содержанию диеновых конъюгатов (ДК). Воспалительные реакции рассматривали по содержанию высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP).

У ММЛ и ПМ получили статистически значимое повышение уровней Кр, что свидетельствовало об активности системы стресса. В первые годы действия ХПСС наблюдали статистически значимое повышение секреции NO, через 10-15 лет его содержание снизилось до значений контрольной группы, после 17-18 лет действия ХПСС содержание NO было статистически значимо ниже его уровней в контроле.

Отмечали постепенный рост концентрации вазоконстрикторов ЕТ-1 и АТII, которая через 17-18 лет действия стресса приняла статистически значимый характер.

Содержание ДК было статистически значимо повышено уже в первые годы действия стресса и оставалось таковым до окончания исследования, как свидетельство активности процессов перекисного окисления липидов. Снижение АОАП у ММЛ и ПМ наблюдали после 5-7 лет действия ХПСС и к завершению исследования она была ниже АОАП в контроле в 1,5 раза.

Статистически значимое повышение уровней hsCRP имело место после 5-7 лет действия стрессоров, к окончанию исследования содержание hsCRP у ММЛ и ПМ превышало значения в контроле в 3,2 раза.

Анализ полученных данных и доступных литературных источников позволил сформулировать патофизиологические механизмы формирования ЭД при действии ХПСС. Так, высокие уровни циркулирующего Кр и катехоламинов приводит к формированию вазоконстрикции, что вызывает активацию на поверхности эндотелиальных клеточацетилхолиновых и брадикининовых рецепторов, что усиливает секрецию NO. Высокие уровни NO стимулируют образование ЕТ-1, а также образование пероксинитрита, входящего в группу реактивных форм кислорода (ROS), что приводит к стимуляции процессов ОС. В свою очередь, ОС запускает сосудистое воспаление, которое стимулирует образование ROS и способствует течению процессов ОС. Кроме того, воспаление способствует образованиюиндуцибельнойNОсинтетазы, снижающей биодоступностьNO. Высокие уровни ЕТ-1 в крови снижают секрецию NO, а также усиливают степень вазоконстрикции. Снижение образования NO, активность ОС вызывают усиление продукции АТII, который, в свою очередь, усиливает продукцию ROS и процессы сосудистого воспаления.

Таким образом, процессы, протекающие в сосудистой стенке при действии факторов ХПСС, приводят к нарушению продукции эндотелиальных вазорегуляторов, способствуют течению воспалительных изменений и ОС, взаимное влияние которых приводят к формированию замкнутого круга, поддерживающего течение ЭД.

*Ляцук А.В. (1), Торба А.В. (1), Вольман О.В. (2), Ваганов Т.Н. (2),*

*Пронин И.В. (2), Чайка О.О. (1), Кателенец М.О. (2), Нижельский В.Е. (2).*

(1) ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки»

(2) ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР

## **ОСТРЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ В УРГЕНТНОЙ ПРАКТИКЕ СОСУДИСТОГО ХИРУРГА**

**Актуальность.** Лечение острых артериальных тромбозов на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных проблем, стоящих в современной ангиохирургии. Частота возникновения острой артериальной тромбоза (ОАТ) конечностей составляет 140 случаев на 1 миллион населения в год. Среди прочих причин острой артериальной непроходимости на их долю приходится около 40% случаев острых ишемических расстройств. Несмотря на совершенствование оперативной техники и послеоперационного лечения больных, количество ампутаций и летальность при этой патологии остаются высокими.

**Цель:** Проанализировать отдалённые результаты лечения больных с ОАТ верхних и нижних конечностей.

**Материалы и методы:** В исследование включено 187 больных с ОАТ конечностей, которые находились на лечении в отделение трансплантологии и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы. Из них 124 (66,3%) мужчины и 63 (33,7%) женщины. Средний возраст составил 74 года (от 53 до 90). Давность заболевания ОАТ у 169 (90,4%) больных составила от 6 до 12 часов, а у 18 (9,6%) больных от 7 до 10 дней. Уровень поражения на момент осмотра следующий: подвздошно - бедренный сегмент - 45 (24,1%), бедренно - подколенный сегмент - 64 (34,2%), артерии голени - 26 (13,9%), плечевой сегмент - 34 (18,2%), артерии предплечья - 18 (9,6%). Стадия ишемии на момент поступления: II А - 69 (36,9%), II Б - 89 (47,6%), III А - 22 (11,8%), III Б - 7 (3,7%). ОАТ нижней конечности отмечен у 137 (73,2%) больных, а ОАТ верхней конечности у 52 (27,8%) больных.

У 68 (36,4%) больных ОАТ нижней конечности был отмечен на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК).

**Результаты.** Все больные были оперированы по поводу ОАТ в течении 6 - 12 часов от момента заболевания. У 119 (63,6%) больных выполнена тромбэктомия из периферических артерий (ТПА) с последующим восстановлением дефекта при помощи сосудистого шва, в 39 (20,9%) выполнена ТПА с последующей артериопластикой общей бедренной артерии и/или профундопластикой за счёт венозной заплаты, в 11 (5,9%) наблюдениях выполнено бедренно - подколенное аллошунтирование протезом ПТФЭ 7 мм. В 18 (9,6%) наблюдениях был отмечен дистальный периферический сосудистый тромбоз, в связи с чем выполнить реконструктивно - восстановительную операцию было не возможно. Им всем была проведена тромболитическая терапия урокиназой 500000 ME. В раннем послеоперационном периоде все больные отмечали положительную динамику. В позднем послеоперационном периоде у 9 (4,8%) больных были оперированы повторно, по поводу ретромбоза, с положительным результатом. Ампутации нижних конечностей выполнены в 10 (5,35%) случаях. Летальных исходов в стационаре не было.

**Выводы.** 1. Больные с ОАТ конечностей, должны быть оперированы в кратчайшие сроки от момента заболевания, что улучшает прогноз больного. 2. Больные с ОАТ конечностей на фоне ОАСНК, должны быть оперированы с использованием реконструктивно - восстановительной хирургии. 3. Если выполнить операцию не представляется возможным (ввиду давности заболевания), имеет смысл рассмотреть тромболитическую терапию, как альтернатива оперативному вмешательству.

*Майлян Э.А.*

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

### **АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА *TNFRSF11B* С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ**

Остеопороз является одной из основных причин ухудшения качества жизни, заболеваемости и смертности среди женщин в постменопаузальном возрасте. Одним из путей реализации программы борьбы с остеопорозом является поиск генетических предикторов заболевания, разработка и внедрение в медицинскую практику критериев выявления женщин с высоким риском развития патологии.

Ген *TNFRSF11B*, кодирующий остеопротегерин, по праву считается одним из генов-кандидатов остеопороза. Остеопротегерин является важным элементом сигнальной системы RANK/RANKL/OPG. Помимо молекул остеопротегерина (OPG) в эту систему входит рецептор активатора ядерного фактора  $\kappa$ B (receptor activator of nuclear factor  $\kappa$ B – RANK) и его лиганд (receptor activator of nuclear factor  $\kappa$ B ligand – RANKL). Цитокин RANKL является ключевым стимулятором дифференцировки и активации остеокластов. Взаимодействие RANKL и RANK приводит к каскаду геномных трансформаций в костномозговых предшественниках остеокластов и обуславливает их превращение в зрелые активные многоядерные клетки, осуществляющие резорбцию костной ткани. Угнетение данного процесса вызывают молекулы OPG, которые действуют как эндогенные рецепторы-ловушки для RANKL. Благодаря способности блокировать образование комплекса RANKL-RANK, остеопротегерин угнетает формирование зрелых многоядерных остеокластов, снижает интенсивность остеокластогенеза и костной резорбции. Предполагается, что мутации гена *TNFRSF11B* могут приводить к изменению количественных и структурно-функциональных свойств молекул OPG и, как следствие, влиять на активность остеокластов и интенсивность резорбции костной ткани.

Цель исследования – изучить ассоциации полиморфизмов rs3102735, rs3134069 и rs4355801 гена *TNFRSF11B* с развитием постменопаузального остеопороза поясничных позвонков L1–L4, проксимальных отделов левой и правой бедренных костей, в том числе шеек левого и правого бедра, а также дистального отдела предплечья недоминантной руки.

Обследовано 483 женщины в постменопаузе. Средний возраст обследованных женщин и длительность постменопаузального периода составили соответственно  $61,0 \pm 0,50$  и  $12,0 \pm 0,49$  лет. Остеоденситометрия выполнялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Для определения полиморфизмов rs3102735, rs3134069 и rs4355801 гена *TNFRSF11B* использовался метод ПЦР в режиме реального времени.

Установлено, что фактором риска развития остеопороза поясничных позвонков L1–L4, проксимального отдела левой и правой бедренных костей, шеек левого и правого бедра является наличие у женщин аллеля С полиморфизма rs3102735 ( $p < 0,05$ ). При остеопорозе поясничных позвонков L1–L4 и при остеопении проксимального отдела левого бедра реже регистрируются генотип AA, аллель А и чаще – генотип AC и аллель С полиморфизма rs3134069 ( $p < 0,05$ ). Ассоциаций полиморфизма rs4355801 гена *TNFRSF11B* с остеопоротическими изменениями всех исследованных участков скелета женщин не установлено ( $p > 0,05$ ). С остеопорозом и остеопенией дистального отдела предплечья недоминантной руки не имеет связей ни один из трех изученных полиморфизмов ( $p > 0,05$ ).

Результаты исследования свидетельствуют о важной роли полиморфизмов rs3102735 и rs3134069 гена *TNFRSF11B* в формировании постменопаузального остеопороза в различных участках скелета женщин. Полученные данные целесообразно использовать для разработки прогностических критериев с целью выявления предрасположенности к заболеванию и своевременного назначения лечебно-профилактических мероприятий.

**Макарук В.В.**

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», Луганск, Украина

## **ТЕКУЩАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И НЕИНВАЗИВНОГО ТРАНСТОРАКАЛЬНОГО ДОППЛЕР- ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ГЕМОДИНАМИКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И В ОТДЕЛЕНИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Введение.** В различных международных рекомендациях по диагностике и лечению острой сердечной недостаточности и шока эхокардиография занимает одно из ведущих мест в диагностике острой сердечной недостаточности, а также дифференциальной диагностике различных видов шока.

**Цель исследования:** изучение по данным литературы актуальности применения эхокардиографической оценки гемодинамики на догоспитальном этапе и в отделениях неотложной помощи.

**Материалы и методы:** Объект исследования: результаты трансторакальных доплер - эхокардиографических исследований на догоспитальном этапе, а также в отделениях неотложной помощи.

**Предмет исследования:** выборка журналов по медицине неотложных состояний США, Великобритании, Польши, Германии.

**Критерии включения:** журнальные публикации по результатам оригинальных клинических исследований и обзоров литературы в профильных журналах с открытым доступом. **Критерии исключения:** отсутствие в журнальных публикациях указаний на проведение эхокардиографии во время оказания первой помощи, транспортировки пациента или в отделении неотложной помощи. В качестве лучшего образца представления цифровых данных анализа гемодинамики были приняты результаты методы анализа гемодинамики использованные в публикации W.A. Zhogbi, M.A. Quinones и др [1].

**Результаты:** Из 50 анализируемых публикаций критериям включения соответствовали 35. После использования критериев исключения для анализа было отобрано 25 публикаций. В 14 публикациях не было упоминания о проведении доплер-эхокардиографического исследования у больных в критическом состоянии на этапе оказания скорой медицинской помощи или в отделении неотложной помощи. В 9 работах были указания на проведение эхокардиографического исследования в отделении неотложной помощи; 8 работ имели цифровые результаты проведения доплер-эхокардиографического анализа гемодинамики, а в 3 публикациях оригинальных клинических исследований было указание на проведение трансторакальной эхокардиографии с цифровым представлением данных анализа гемодинамики. Следовательно, можно сделать вывод, что только 3 публикации соответствуют требованиям международной коллегии редакторов медицинских журналов (ICMJE, 2016, [www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

**Выводы:** Анализ проблемы показал, что в странах СНГ данная практика отсутствует. В отечественной литературе данный вопрос не изучен; для внедрения трансторакальной эхокардиографии и выполнения международных рекомендаций не может быть очевидных экономических и административных препятствий, учитывая эффективность и дешевизну данного метода, а также отсутствие противоречий с существующими рекомендациями по диагностике неотложных состояний, связанных с кардиальной и торакальной патологией.

**Максименко О.Л., Антонова Л.Н.**

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

Кафедра неврологии и медицинской генетики

## **ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В ПРОГНОЗЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

**Цель:** Изучить уровень провоспалительных цитокинов у больных в остром периоде ишемического инсульта (ИИ).

**Ключевые слова:** инсульт, цитокины, С-реактивный белок (СРБ).

**Материалы и методы.** Обследовано 68 пациентов с ИИ в возрасте  $52,0 \pm 5,4$  года. Критерием отбора было: наличие неврологической очаговой симптоматики острого нарушения мозгового кровообращения, при отсутствии острой соматической патологии (инфаркта миокарда). Степень тяжести заболевания определяли с помощью шкалы NIHSS (шкала инсульта Национального института здоровья). В 1-ю группу вошли 29 больных с ИИ, оценивающимися в 0–5 баллов по шкале NIHSS, во 2-ю – 39 человек с ИИ, оценивающимися в 5–20 баллов. Контрольную группу составили 62 человека не имеющих признаков цереброваскулярной патологии.

**Результаты.** У больных с легкой степенью неврологических нарушений выявлено умеренное увеличение содержания ИЛ-1 при сохранении количества ИЛ-6, чем в группе без неврологического дефицита и в контрольной группе. В группе больных с ИИ средней степени тяжести отмечались нормальные уровни ИЛ-1 $\alpha$  при снижении в 1,76 раза (на 44,5 %) ИЛ-6. Эти изменения отражают начальные проявления феномена угнетения ИЛ-1 $\alpha$  ИЛ-6, направленного на подавление системного воспалительного ответа. При выраженной степени неврологических нарушений в сыворотке крови больных отмечалось большое количество провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 - 108,1210,5 пг/мл и ИЛ-6 - 19,032,1 пг/мл. У больных, перенесших ИИ и не имеющих неврологических нарушений, наблюдалось содержание провоспалительных цитокинов, которые соответствуют показателям у здоровых лиц. Нами это рассматривалось как прогностически благоприятный признак течения острого периода ИИ. Нормальное содержание провоспалительных цитокинов с высоким количеством в сыворотке крови противовоспалительного цитокина ИЛ-4, было расценено как «погашение» локального очага воспаления. Повышенное содержание ИЛ-4 в сыворотке крови этих больных было связано с высоким содержанием Т-лимфоцитов, продуктом которых он есть.

Выводы. Выраженные нарушения в неврологическом статусе сопровождающиеся признаками воспаления - повышенным содержанием в сыворотке ИЛ-1, ИЛ-6 и усиленным синтезом ИЛ-6, что может свидетельствовать о максимальной активности воспалительных реакций. Эти показатели могут быть отнесены к неблагоприятным критериям течения острого периода ИИ.

**Мальцева О.С. Яблонский П.К.**

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации

### **ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМОЛИЧЕСКОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Актуальность: мировые лидеры хирургического лечения хронической тромбоэмболической лёгочной гипертензии (ХТЭЛГ) (S.W. Jamieson et al., 2013) считают, что только вторичная дистальная ангиопатия сосудов лёгких определяет неоперабельность пациентов. Альтернативное мнение – значимыми являются показатели давления в лёгочной артерии, лёгочного сосудистого сопротивления и ремоделирование правого желудочка сердца (В.С. Савельев, 2010; Б.М. Тодуров, 2005). Однако критерии риска, основанные на функции правого желудочка, ещё не разработаны.

Цель исследования: выявить значимые факторы риска, оптимизировать гемодинамический мониторинг и инфузионную терапию при хирургическом лечении ХТЭЛГ.

Методы. Проведён ретроспективный анализ 782 потенциальных факторов риска у 25 пациентов и исследование гемодинамики методом комбинированной термодилуции (технология PiCCO VolEF) у 16 больных ХТЭЛГ. Значимые сочетания факторов риска выявляли методом пошагового дискриминантного анализа с исключением.

Результаты. Госпитальная летальность отмечена в 6 наблюдениях, осложнения имели место у 9 пациентов. Выявлены предикторы летального исхода: гемоглобин меньше 121 г/л и гематокрит меньше 0,35 до операции; суммарный объём периоперационной инфузионной терапии больше 34 мл/кг/сут. Выявлены предикторы послеоперационных осложнений: до операции - трикуспидальная регургитация 2-3 степени, размер правого предсердия больше 56 мм, диастолический размер левого желудочка меньше 37 мм по данным эхокардиографии (ЭхоКГ); венозный креатинин больше 69 мкмоль/л. Во время операции - длительность искусственного кровообращения больше 229 минут; после операции – длительность искусственной вентиляции лёгких больше 48 часов. При исследовании гемодинамики (PiCCO-VolEF) выявлены дисбаланс объёмов камер сердца, увеличение индексов внесосудистой жидкости лёгких ( $13,8 \pm 4,2$  мл/кг) и проницаемости лёгочных сосудов ( $3,5 \pm 1,1$ ); снижение сократимости правого и левого желудочков.

Заключение. Дисбаланс объёмов камер сердца и дистальная ангиопатия сосудов лёгких являются основными факторами риска хирургического лечения ХТЭЛГ. Поэтому инфузионная терапия больше 34 мл/кг/сут является предиктором летального исхода. Метод ЭхоКГ можно использовать для скрининга дисбаланса объёмов камер сердца.

**Манищенков С.Н.<sup>1</sup>, Пархомчук Д.С.<sup>2</sup>, Стоянова О.А.<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»

### **ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА**

В работе представлены собственные данные организации оказания экстренной и плановой консультативной медицинской помощи нуждающимся новорожденным в ЛНР. Такой вид помощи оказывается высококвалифицированными сотрудниками отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ОЭиПКМПиМЭ), которое является подразделением Луганского республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (Центр). Отделение решает задачи оказания консультативной помощи и проведения интенсивной терапии новорожденным в акушерских и детских стационарах; их медицинской эвакуации (МЭ) и оказания реанимационной помощи и интенсивной терапии новорожденным во время МЭ.

Считаем, что новорожденный, который требует лечения (выхаживания) в условиях лечебного заведения более высокого уровня, не должен оставаться в лечебном заведении уровнем ниже под предлогом «нетранспортабельности». Однако, нецелесообразно транспортировать новорожденного (детей с родовой травмой и глубоконеодошенных новорожденных) в тяжелом состоянии *в первые часы жизни*, в связи с возможностью ухудшения состояния во время транспортировки, при возможности оказания помощи на этапе роддома в полном объеме. Риск транспортировки окажется высоким также в случаях, если критерии достигнутой относительной стабильности состояния ребенка перед транспортировкой обеспечиваются значительными усилиями (высокая температура в кувете (высокая термоллабильность), жесткие параметры вентиляции, высокие дозы инотропных препаратов). Мы считаем, что критериями достигнутой относительной стабильности состояния ребенка являются температура тела  $36,6-37,5^{\circ}\text{C}$ , сатурация 90-95%, частота сердечных сокращений 120-160 в мин., среднее артериальное давление не меньше гестационного возраста ребенка в неделях, отсутствие судорог, полное или

частичное прекращение кровотечения и др. Транспортировка нецелесообразна также при возможности осуществления необходимой интенсивной терапии в полном объеме на месте, а также при наличии явно необратимых изменений в основных системах жизнеобеспечения организма.

В ЛНР отказ от перегоспитализации ввиду явной бесперспективности лечения каждого конкретного ребенка - явление достаточно редкое. Наш собственный анализ показал, что в 2017 году специалисты неонатальной бригады ОЭиПКМПиМЭ осуществили 101 выезд к новорожденным детям в учреждения здравоохранения городов и районов ЛНР, 84 (83,2%) из которых закончились МЭ детей в Луганскую республиканскую клиническую больницу; за полгода 2018 года – 61 и 54 (88,5%) соответственно, т.е. имеет место тенденция к росту перегоспитализации нуждающихся детей. Среди нозологических форм преобладают расстройства дыхания (асфиксии в родах, синдром дыхательных расстройств, РДС недоношенных) (70,8% и 59% в 2017 году и 2018 году соответственно). Второе и третье места среди показаний к вызову неонатальной бригады ОЭиПКМПиМЭ в 2016 году заняли реализация внутриутробной инфекции, врожденная пневмония (20,2%) и недоношенность (9,0% в 2017). За 6 месяцев 2018 года среди показаний были гипоксия и ишемия головного мозга (26%) и врожденные пороки развития (15%).

Таким образом, оптимальным вариантом лечебно-эвакуационной тактики в неотложной неонатологии является ранняя перегоспитализация на более высокий этап диагностики и лечения, что может способствовать быстрому началу специализированного лечения, повышению его качества, сокращению пребывания больных на койке интенсивной терапии новорожденных, а главное – снижению показателя детской смертности и инвалидности.

*Маргиты М. М., Маржохова М.Ю., Маржохова А.Р.*

Кабардино-Балкарский государственный университет, г. Нальчик

### **ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ЦИТОКИНОВ НА ПРИМЕРЕ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ**

Ветряная оспа является острым инфекционным заболеванием преимущественно детского возраста, однако, встречается также и у взрослого населения. Восприимчивость к этой инфекции достигает 95-100%. Значимость ветряной оспы в структуре инфекционной патологии нарастает. При повышенной заболеваемости ветряной оспой отмечается высокий риск инфицирования взрослых с отягощенным преморбидным фоном и развития у них тяжелого течения заболевания.

Важнейшим цитокином, который играет ключевую роль в развитии воспалительной реакции, является фактор некроза опухоли – альфа (ФНО- $\alpha$ ). Провоспалительному цитокину ФНО- $\alpha$  принадлежит значительная роль в регуляции иммунного ответа (он выступает в качестве одного из основных регулирующих белков).

**Цель исследования:** установить динамику изменения уровня провоспалительного цитокина ФНО- $\alpha$  у взрослых пациентов с ветряной оспой при проведении комбинированной терапии.

**Материалы и методы:** в исследование было включено 38 больных ветряной оспой со среднетяжелым и тяжелым течением. Возраст больных колебался от 18 до 30 лет и в среднем составил 23 года. Для верификации диагноза применялись клинические и эпидемиологические методы диагностики.

В группу сравнения было включено 20 здоровых доноров, сопоставимых с группой исследования по возрасту и полу. При поступлении и при выписке (после проведенного лечения) всем больным исследовали уровень сывороточного ФНО- $\alpha$ . Изучение концентрации ФНО- $\alpha$  проводили с использованием набора реагентов ProConTNF- $\alpha$ , производства ООО «Протеиновый контур».

18 больных, вошедших в первую группу, получали стандартную терапию ацикловиром в дозе 0,4 гр. 5 раз в сутки в течение 7 дней. Вторую группу составили 20 больных, которые помимо стандартной терапии получали циклоферон таб. по 0,15 гр по стандартной схеме (по 4 таб. в 1, 2, 4, 6, 8 день). Циклоферон является индуктором интерферона и обладает широким спектром биологической активности (оказывает противовирусное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действия). Эффективность лечения оценивали по динамике клинической картины и иммунологическим показателям.

**Результаты:** в первой группе на фоне стандартной терапии наблюдалось исчезновение клинических признаков заболевания (везикуляция, кожный зуд, лихорадка, интоксикация). У больных, получавших циклоферон, улучшение самочувствия происходило на 2-3 дня быстрее по сравнению с первой группой. Исходные показатели ФНО- $\alpha$  в обеих группах существенной не отличались друг от друга. Определялось достоверное повышение его показателя в остром периоде (от 102 пг/мл  $\pm$  9,2 до 134 пг/мл  $\pm$  7,3). Динамическая оценка эффективности лечения показала, что во второй группе отмечалась нормализация синтеза ФНО- $\alpha$  в стадии ранней реконвалесценции, тогда как у пациентов, получавших только базисную терапию, уровень ФНО- $\alpha$  снижался, но не возвращался к нормальным показателям.

**Выводы:** применение циклоферона у взрослых больных ветряной оспой приводит к нормализации провоспалительного цитокина ФНО- $\alpha$ , скорейшему улучшению клинического течения заболевания. Полученные данные позволяют говорить о целесообразности проведения комбинированной терапии у взрослых больных ветряной оспой.

**Маслова О.Н.**

Республиканский онкологический центр им.проф.Г.В.Бондаря

### **ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У ЖЕНЩИН, ПРИНИМАЮЩИХ ТАМОКСИФЕН**

Доказана эффективность тамоксифена, являющегося антиэстрогеном, в предотвращении рака молочной железы у женщин с повышенным риском данного заболевания. Однако при его применении увеличивается риск развития рака эндометрия, неалкогольного жирового гепатоза и стеатогепатита. Цель настоящего исследования – установить частоту и предрасполагающие факторы такого рода осложнений.

Методы исследования.

Работа проведена на большой когорте женщин в возрасте от 35 до 70 лет (112 пациенток), которые принимали тамоксифен течение 5 лет. Наблюдение осуществляли посредством ультразвукового обследования 1 раз в полгода. Кроме того, при выявлении необъяснимой гипертрансаминаземии проводили ультразвуковое исследование печени, и предлагалась биопсия этого органа.

Результаты.

У 5,9% женщин исходно наблюдались повышенные уровни АЛТ (выше нормального уровня), но считалось, что их можно включить в исследование. У 88 сохранялся уровень АЛТ в <1,5 раза выше, чем верхняя граница нормы во время лечения, у 72 уровень этого фермента был повышен и сохранялся при 2 и более посещениях. Из этих женщин у 12 оказался положительным тест на вирус гепатита С. У всех данные УЗИ соответствовали повышенному содержанию жира в ткани печени.

Биопсия печени не выполнялась.

Частота случаев, подозрительных на неалкогольную жировую патологию печени, была выше в группе получавших тамоксифен, чем в группе плацебо. Однако это преобладание было ограничено первыми двумя годами лечения. За 5-летний срок в сравнении с группой плацебо кумулятивная частота случаев, подозрительных на неалкогольную жировую патологию печени, была особенно повышенной у принимавших тамоксифен женщин с ожирением (индекс массы тела >30) или с повышенным весом (индекс массы тела 25-30). Отношение рисков в данной группе составило 2,0. У женщин с нормальным весом такого различия не отмечено. Другими факторами, связанными с повышенным риском указанной патологии, явились: тяжелая исходная гиперхолестеринемия (>7,8 ммоль/л) и артериальная гипертензия.

Выводы.

Риск развития неалкогольного стеатогепатита у женщин, принимающих тамоксифен, повышен и ограничен теми лицами, у которых повышен индекс массы тела ( $\geq 25$ ) и имеются признаки метаболического синдрома.

**Седаков И.Е., Совпель О.В., Совпель И.В., Мате В.В.**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Республиканский онкологический центр им. Проф. Г.В. Бондаря, Донецк

### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРУЕМАЯ ОПЕРАЦИЯ ДЮАМЕЛЯ В ХИРУРГИИ РАКА СРЕДНЕ-АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ**

**Цель.** Поиск альтернативных способов создания колоректальных и колоанальных анастомозов, лишенных недостатков за счёт значительно упрощенной и доступной методики лечения больных с опухолями прямой кишки.

**Материалы и методы.** В исследование включены больные с раком прямой кишки, с локализацией среднеампулярного отдела II-III стадии, которым в период 2012-2017г выполнены лапароскопические резекции. Первую группу составили пациенты, которым выполнена лапароскопическая операция Дюамеля (Патент Украины № 106742). Вторую группу составили пациенты, которым выполнена лапароскопическая низкая передняя резекция прямой и сигмовидной кишок с формированием степлерного анастомоза и протективной илеостомой. В 1-й группе сигмовидная кишка низводилась в подслизистый канал позади прямой кишки, с последующим формированием колоректального анастомоза, как второго этапа операции через 14 дней. Во второй группе аппаратный анастомоз формировался по стандартной технологии с протективной илеостомой, которая ушивалась через 3 месяца. В группах больных изучалось качество жизни и оценивался уровень анальной континенции по шкале Векснера на 3,6,12 месяцев после операции.

**Результаты.** В 1-й группе больных, показатели шкалы Векснера через 3 месяца после операции составили 14,7±0,8 баллов. Через 6 месяцев после операции значения составили 10,4±0,2 балла. Через 12 месяцев – 8,2±0,3 балла. В контрольной группы больных, которым была выполнена низкая передняя резекция с протективной илеостомой, показатели шкалы Векснера через 3 месяца после операции составили 12,3±2,2 баллов. Через 6 месяцев после операции значения составили 9,6±1,2 балла. Через 12 месяцев – 7,3±0,8 балла. Через 12 месяцев после операции значения статистически не отличались в исследуемой и контрольной группах – 8,1 и 7,3 соответственно, находились в социально-допустимой зоне и могут быть расценены как удовлетворительные. Но при операции Дюамеля более раннее выполнение 2-го этапа оперативного лечения уже через 2-3 месяца позволяет оценить функциональные результаты лечения.

**Заключение.** Наличие в арсенале хирурга операции Дюамеля как эффективного метода хирургического лечения рака среднеампулярного отдела прямой кишки позволяет добиться быстрой медико-социальной реабилитации пациента, не ухудшая отдаленные и функциональные результаты после операции, что позволяет

оперировать больного первично, избавив тем самым его от неудобств, связанных с формированием протективной стомы и позволяет добиться быстрого восстановления удерживающей функции и качества жизни.

*А. Н. Мацьнин*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра акушерства и гинекологии

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

По мнению ВОЗ, «ликвидация йодной недостаточности означает решение одной из наиболее социально значимых проблем человечества – сохранение интеллектуального и репродуктивного потенциала населения». По оценкам М. Andersson, V. Karumbunathan, M. B. Zimmermann, во всем мире в 2011 г. приблизительно треть населения проживала в районах с йодным дефицитом (ЙД). ЙД зарегистрирован практически на всей территории Украины в том числе и в Донецкой области. Группой особого риска по формированию йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ) являются дети, подростки, беременные (кормящие) и женщины репродуктивного возраста. Несмотря на проводимую работу по профилактике ЙД начиная с предгравидарного периода, все же имеет место его выявление у беременных.

**Целью** настоящей работы стала оценка эффективности йодной профилактики (ЙП) беременных.

**Методы исследования и методология.** В исследовании приняли участие 88 беременных, которые были разделены на две группы. В I – основную группу вошли 52 беременные с выявленным ЙД (экскреция йода с мочой менее 100 мкг/л) при постановке на учет в женскую консультацию (8-10 недель гестации), во II – контрольную группу вошли 36 беременных с нормальным уровнем йодного обеспечения (экскреция йода с мочой в диапазоне 100 – 300 мкг/л). Беременные I группы не получали ЙП на предгравидарном этапе и до постановки на учет в ЖК, а с момента выявления ЙД им был назначен калия йодид в дозе 250 мкг в сутки. Беременные II группы проводили ЙП начиная с предгравидарного периода йодидом калия в дозе 200 мкг в сутки, а с наступлением беременности – 250 мкг в сутки. Оценка эффективности ЙП была проведена через 8 – 10 недель от ее начала. Определение экскреции йода проводилось в суточной моче церий-арсениевым методом. Статистическая обработка полученных результатов производилась с применением параметрических (t, критерий Стьюдента) методов.

**Результаты и их обсуждение.** На фоне проведения ЙП медиана йодурии (Ме (25%;75%)) у беременных I группы повысилась с 79,48 (45,68; 87,96) мкг/л до 124,83(51,27;187,54) мкг/л, (p<0,05). Тем не менее, ее уровень статистически отличался от уровня II группы (198,04(172,62; 225,96) мкг/л). Несмотря на проводимую ЙП у 48,08%(25) беременных I группы сохранялся ЙД.

**Выводы.** Установлено, что отсутствие ЙП в предгравидарном периоде, а ее проведение во время гестации в 48,08% случаев не позволяет своевременно ликвидировать ЙД у беременных. Учитывая мультидисциплинарное значение проблемы ЙД, акушерам гинекологам совместно с эндокринологами следует продолжить исследования для разработки эффективного метода коррекции ЙД во время гестации, а также внедрения массовой и индивидуальной ЙП в регионе природного ЙД, особенно для групп населения повышенного риска.

*Мельник А.В., Колесников А.Н.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика.

### **К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ОТВЕТНОЙ РЕАКЦИИ МОНОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА СТРЕСС ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ**

**Введение.** На жителей Донецкого региона воздействует техногенный прессинг, последствия которого могут выражаться в формировании очагов гипоксии в головном мозге. Это негативно сказывается на функциональном состоянии моноцитарно-макрофагальной системы, что может приводить к формированию транзиторных иммунных дефицитов, отягощающих состояние больных с черепно-мозговой травмой в послеоперационном периоде.

**Цель.** Исследовать состояние неспецифической системы иммунитета (прежде всего моноцитарно-макрофагальной системы) под воздействием стрессового фактора в виде черепно-мозговой травмы и анестезии при оперативном вмешательстве.

**Материалы и методы.** Было обследовано 144 взрослых пациентов (без внутричерепной гипертензии (БВЧГ) - 31 пациент и с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) - 113 пациентов), прооперированных по поводу основного заболевания. У всех больных изучались следующие иммунологические показатели: показатель фагоцитоза, фагоцитарное число, завершенность фагоцитоза, тест с нитросиним тетразолием (НСТ-тест), содержание интерлейкинов 1, 2, 4, 6, фактора некроза опухолей в сыворотке крови до и после проведения анестезии при оперативном вмешательстве.

**Результаты.** Проанализировав показатели, характеризующие формирование транзиторного иммунного дефицита на этапе активации стресс-лимитирующей системы до проведения оперативного вмешательства у больных из группы БВЧГ и с ТЧМТ мы выявили изначальное снижение показателей фагоцитоза, его завершенности, фагоцитарного числа, а также НСТ-теста, которое усугублялось после проведения анестезии (ПА). После ПА наблюдается снижение значений ПФ и ФЧ у больных из обеих групп наблюдения (БВЧГ и с ТЧМТ), показателей ФЧ, что может свидетельствовать о сбоях на этапе инициации и в ходе дальнейших этапов протекания иммунологических реакций. После ПА наблюдается рост концентрации ИЛ-1 $\beta$  только у больных из группы с ТЧМТ,

у больных из группы БВЧГ этот показатель снижался более чем в 2 раза. Рост концентрации ИЛ-1 $\beta$  у больных из группы с ТЧМТ приводит к усилению пролиферации тимоцитов и стимуляции роста и созревания В-клеток. Также после ПП наблюдается снижение показателя ИЛ-4 у больных из обеих наблюдаемых групп. Рост концентрации ИЛ-1 $\beta$  у больных из группы с ТЧМТ в сочетании со снижением концентрации ИЛ-4, способствует ослаблению влияния стрессовых факторов на дифференцировку моноцитарного ростка, что позволяет организму снижать чрезмерное выделение продуктов реализации «кислородного взрыва» в ходе инициации иммунного ответа, что подтверждается ростом показателя НСТ-теста у больных из этой группы.

**Выводы.** 1. При стрессовом воздействии на организм больных с черепно-мозговой травмой, отмечаются негативные изменения в моноцитарно-макрофагальной системе организма, отвечающей за инициацию иммунного ответа.

2. В качестве достаточно простых и информативных маркеров оценки состояния неспецифического звена иммунитета при стрессе у больных с патологией ЦНС можно рекомендовать исследование фагоцитоза, его завершенности, проведение НСТ-теста и определение интерлейкинов 1 $\beta$ , 2 и 6.

*Мельник А.В., Колесников А.Н.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика.

### **К ВОПРОСУ О РЕАЛИЗАЦИИ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ОТВЕТНОЙ РЕАКЦИИ МОНОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА СТРЕСС ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ МОЗГА**

**Введение.** Важнейшую роль в реализации иммунного ответа организма на фоне развивающегося неопластического процесса в ЦНС человека играют клеточные медиаторы воспаления (КМВ), известные еще как иммунорегуляторные пептиды – цитокины (ЦК) или интерлейнины (ИЛ). По механизму своего влияния на организм человека ЦК могут оказывать как провоспалительное действие, обеспечивая мобилизацию воспалительного ответа (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ ), так и осуществлять противовоспалительную функцию (ИЛ-4), ограничивая развитие воспаления.

**Цель.** Исследовать патофизиологические механизмы ответной реакции моноцитарно-макрофагальной на стрессовый фактор, возникающий у пациентов с онкологической патологией ЦНС различной локализации при проведении оперативного вмешательства.

**Материалы и методы.** Обследовано 32 взрослых пациентов (с субтенториальными новообразованиями (СубТНО) - 13 пациентов и с супратенториальными новообразованиями (СупраТНО) - 19 пациентов), которые были прооперированы по поводу онкологических заболеваний ЦНС различной локализацией, и которым по этому поводу проводилась анестезия. У всех больных изучались показатель фагоцитоза (ПФ), фагоцитарное число (ФЧ), завершенность фагоцитоза (ЗФ) показатель теста с нитросиним тетразолием (НСТ-тест), содержание интерлейкинов (ИЛ) ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6 и фактора некроза опухолей альфа (ФНО- $\alpha$ ) до и после анестезии.

**Результаты.** Существующие представления о патофизиологических механизмах реализации иммунного ответа на этапе инициации стресс-лимитирующей и стресс-активирующей систем предполагает, что моноциты и макрофаги могут находиться в спокойном или активированном состоянии. Процесс инициации иммунного ответа (активации) начинается с выделения МАК таких эндогенных медиаторов и факторов, как ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ , которые в дальнейшем непосредственно участвуют в процессах модуляции иммунных клеток на следующих этапах его реализации.

У пациентов из обеих групп наблюдения с различными вариантами онкологической патологии ЦНС были выявлены признаки стрессового воздействия, которые могли иметь решающее значение в развитии патофизиологических механизмов срыва адаптации в реализации моноцитарно-макрофагального ответа при иммунном ответе организма.

**Выводы.** Проанализировав показатели, характеризующие формирование транзитного иммунного дефицита на этапе активации стресс-лимитирующей или стресс-активирующей систем до проведения анестезии у больных из группы с суб- и супратенториальными опухолями мозга, мы выявили изначальное снижение показателей фагоцитоза, его завершенности, фагоцитарного числа, а также НСТ-теста, которое усугублялось после проведения анестезии. Указанные изменения свидетельствуют о том, что при опухолевом процессе в организме больных наступают патофизиологические сдвиги, приводящие к формированию стойкой тканевой гипоксии, которая в свою очередь приводит к снижению генерации перекисных радикалов.

*Мельник В.А., Беседин И.Е., Мельник А.В., Мельник К.В.*

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

### **ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОЧИПОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ИММУНИТЕТА К ДИФТЕРИИ И СТОЛБНЯКУ**

**Введение.** Согласно публикациям последних лет (Валякина Т.И. и др., 2008, Ласточкина О.В., 2017) для определения иммуноглобулинов все чаще используется метод биочипов (БЧ). В эпидемиологической практике

имеется насущная необходимость проведения массового лабораторного иммунологического мониторинга (ИМ) в популяции за вакциноуправляемыми инфекциями (ВУИ), что требует определенных временных и финансовых затрат для практического здравоохранения.

**Цель.** Обосновать возможность использования БЧ для проведения ИМ за ВУИ.

**Материалы и методы.** Нами проанализированы отечественные и зарубежные публикации за последние 10 лет, в которых описан как сам метод БЧ, так и его возможности, ожидаемые результаты и перспективы использования в лабораторной медицине и др.

**Результаты.** В ходе анализа выделено для последующего детального изучения восемь литературных источников, в которых была описана современная иммунологическая технология под обобщенным названием «Биочипы».

Было отмечено, что основным направлением совершенствования лабораторной диагностики антител в настоящее время является создание биочипов (микрочипов, многоэлементных матриц), которые представляют собой миниатюрные аналитические устройства для одновременного анализа специфических взаимодействий биологических молекул. В частности, этим полуколичественным методом в Институте молекулярной биологии им А.Энгельгардта Российской Академии Наук довольно успешно на уровне апробации исследуется уровень IgE и IgG у больных с аллергией при выявлении значимых антигенов (Юрий Лысов и др., 2017).

Этот метод уже успел зарекомендовать себя в аллергологической диагностике в лечебных учреждениях РФ. Однако, нами был обнаружен только один литературный источник, описывающий применение метода БЧ в вакцинальной практике (Валякина Т.И. и др., 2008). К сожалению, и это исследование на данный момент остается на стадии эксперимента.

Нами установлено выгодное преимущество применения метода БЧ перед традиционными методами диагностических исследований, который предоставляет возможность проведения одновременного анализа большого количества образцов с использованием минимальных количеств исследуемого материала и дорогостоящих реагентов.

При традиционном определении напряженности иммунитета против дифтерии и столбняка методом реакции пассивной гемагглютинации с эритроцитами барана используется реакция антиген-антитело, а количество антител определяется за счет титрования сыворотки пациента. Практическое применение БЧ, нагруженных иммуноглобулинами М и G против антигенов дифтерии и столбняка, позволит проводить ИМ у детей перед прививками и после проведения вакцинации для контроля за нарастанием либо угасанием выработки прививочных антител у детей. Использование БЧ перспективно для иммунологического скрининга напряженности иммунитета против дифтерии и столбняка при проведении эпидемиологического надзора за этими инфекциями.

**Выводы.** Работу по изучению использования метода БЧ в иммунологической практике целесообразно продолжить для углубленного исследования эффективности практического применения данного метода в прививочной работе.

*Мельник В.А.<sup>1</sup>, Лыгина Ю.А.<sup>1</sup>, Коцюрба А.Р.<sup>1</sup>, Бобров А.А.<sup>2</sup>, Рогова О.Р.<sup>3</sup>, Андреев Р.Н.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк

<sup>2</sup>Советский межрайонный филиал Макеевского городского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Макеевка

<sup>3</sup>Макеевский городской центр санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Макеевка

#### **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В Г. МАКЕЕВКЕ.**

Актуальность изучения медико-социальных аспектов вирусных гепатитов с парентеральным механизмом инфицирования обусловлена чрезвычайно широкой их распространенностью во всем мире. Около 30 % населения планеты имеют маркеры текущего или имевшего место в прошлом вирусного гепатита В (HBV), а распространенность вирусного гепатита С (HCV) в мире составляет 3%. Наиболее эффективной мерой, предотвращающей заболевание HBV, является вакцинация. Вакцина против HCV в настоящее время не разработана.

С целью определения актуальной тенденции заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами (ПВГ) в г. Макеевке нами были проанализированы данные официальной регистрации заболеваемости этими инфекциями за период 2012-2017 гг.

Проведенный ретроспективный эпидемиологический анализ выявил стабильное снижение заболеваемости ПВГ среди населения, в основном, за счет HBV (показатель заболеваемости HBV в 2012 г. - 29,3 на 100 тыс. населения, в 2016 г. - 7,0 на 100 тыс. населения). В структуре заболевших ПВГ снизился удельный вес заболевших HBV с 85,7% до 64,3%, однако увеличился удельный вес лиц заболевших HCV с 8,4% до 31,0%, при этом уровень заболеваемости «микст»-гепатитами (HBV+HCV, HBV+HDV, HBV+HCV+HDV) оставался стабильным на протяжении всего изучаемого периода.

Ежегодно возрастало число обследованных на HBsAg, количество серопозитивных лиц в различных группах населения было следующим: дети закрытых детских учреждений - 5,5±0,2 %, лица с хроническими заболеваниями печени - 12,9±0,2 %, медработники 3,5±0,2 %, носители - 8,6±0,2 %, больные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и пр. - 12,1±0,2 %. Кроме того, высокий уровень серопозитивных лиц регистрировался среди беременных - 1,6±0,2 %, призывников - 1,9±0,2 %, лиц, длительно находящихся на стационар-

ном лечения –  $1,6 \pm 0,2$  %, контингенты наркодиспансера  $3,1 \pm 0,2$  %.

Заболееваемость HCV за изучаемый период выросла (средний показатель составил  $2,7 \pm 0,1$  % на 100 тыс. населения). Также, был зарегистрирован высокий удельный вес серопозитивных лиц при обследовании на анти-HCV – 12,0%, в том числе у контингента наркодиспансера –  $34,1 \pm 0,3$  %, пациентов кожно-венерологического диспансера –  $9,1 \pm 0,3$  %, лиц, длительно находящихся на стационарном лечении –  $9,8 \pm 0,3$  %, лиц с хроническими заболеваниями печени –  $21,6 \pm 0,3$  %, детей закрытых детских учреждений –  $15,0 \pm 0,3$  %, призывников –  $2,6 \pm 0,3$  %, беременных –  $5,8 \pm 0,3$  %, медработников –  $4,4 \pm 0,3$  %, доноров  $1,2 \pm 0,3$  %. В структуре путей заражения ПВГ в течение исследуемого периода возросла роль случайных половых связей ( $74,4 \pm 0,2$  %) и заражения при получении косметических процедур ( $1,9 \pm 0,3$  %), однако, снизился удельный вес заболевших инъекционных наркоманов ( $10,7 \pm 0,3$  %).

Таким образом, в настоящее время наблюдается тенденция к снижению заболеваемости ПВГ среди населения г. Макеевки. Это происходит, в первую очередь, за счет снижения уровня заболеваемости HBV, вакцинация против которого проводится в родильных отделениях. Исходя из структуры путей заражения ПВГ, нам представляются перспективными направления борьбы с ними оптимизация иммунопрофилактики гепатиту В и использования защищенного полового контакта в случае гепатитов В и С. Отдельно следует указать на проведение более тщательного обследования доноров, что дополнительно поможет снизить и заболеваемость ВИЧ-инфекцией.

*Мельниченко В.В.*

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

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

### **СУБЪЕКТИВНО-ЛИЧНОСТНОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ (RECOVERY) КАК ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К САМОЭФФЕКТИВНОСТИ**

Проблема субъективно-личностного выздоровления (recovery) является весьма важной в психиатрии, касается всех звеньев терапевтического взаимодействия, оказывает существенное влияние на совершенствование качества психиатрической помощи.

Субъективно-личностное выздоровление представляет собой реструктуризацию преморбидной личности пациента; процесс восстановления самоконтроля при изменении чувств, восприятий, мышления, целей; преодоление утраты активной позиции, стигмы тяжелой психической болезни и обретение вновь человеческой социальной значимости. Следует отметить, интегративный характер recovery – объединение клинических понятий «ремиссионное состояние» и «социальная реабилитация» в единое целое.

Одним из объективных составляющих субъективно-личностного выздоровления служит самоэффективность. Люди, как носители опыта, не являются автоматическими системами, которые управляются нейрокогнитивными процессами. Самоэффективность – это качественное представление о силе своего управления внешним и внутренним опытом, уверенность в своих способностях, повышение самоуважения и удовлетворенности жизнью. Уменьшение самоэффективности сопровождается чувством безнадежности, потерей самоконтроля (особенно у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, включая историю неудач социальных ролей, стигму и самостигматизацию). И, наоборот, успехи в преодолении болезненных переживаний под влиянием социального обучения могут способствовать возрастанию самоэффективности, надежды, достоинства, качества жизни.

Содержание субъективно-личностного выздоровления в рамках восстановления самоэффективности представляется следующим образом. Выработка бытовых навыков в целях подготовки пациента к независимой жизни вне больницы; тренинги общения, проводимые психологом; открытые группы творческой активности. Занятия в группах психообразования в целях выработки основ самостоятельного успешного управления психическим расстройством и его лечением. Возможно привлечение специалистов в сфере семейной терапии для помощи пациентам в решении типовых проблем, улучшения межличностного общения. Включение трудотерапии направлено на стимуляцию элементарных трудовых навыков в независимости от давности и течения психического расстройства. Успех даже систематического применения программ субъективно-личностного выздоровления не бывает накопительным, поэтому необходима постоянная опора на тренировку и заучивание функциональных навыков и способов решения проблем (в том числе за пределами медицинского учреждения) в сочетании с коррекцией психопатологических симптомов адекватной фармакотерапией.

Методики и шкалы для измерения самоэффективности должны адаптироваться к конкретной предметной области функционирования (работа, школа, семья, друзья и т.д.). Система растущих успешных достижений порождает мотивацию и стремление к успеху, реализацию амбициозных целей, если не во всех сферах функционирования (эквивалентно понятию «полной ремиссии»), то в некоторых из них («частичная ремиссия»).

В заключение следует отметить, что оказание психиатрической помощи, ориентированной на субъективно-личностное выздоровление, не ограничивается поддержанием удовлетворительного состояния и предотвращением обострения у пациентов, а стремится воспринимать человека с психическим расстройством как личность способную выбирать свои долгосрочные цели, приобретающую высокую самоэффективность.

*Меркулов. Д.С., Власенко И.В*

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО

## **ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ МЕТОДОМ КРИОДЕСТРУКЦИИ И КРИОТЕРАПИИ**

Актуальность данной проблемы связана с высокой частотой возникновения келоидных и гипертрофических рубцов после перенесенных травм, хирургических вмешательств, ожогов различной этиологии. Частота гипертрофического рубцеобразования после оперативных вмешательств, по данным различных авторов, колеблется от 39 до 68%, а после ожоговой травмы до 91%.

Целью нашей работы является улучшение результатов лечения больных с рубцами различной этиологии с помощью методики криотерапии.

Особенность применения нами методики состоит в более широком использовании криодеструкции и криотерапии в сочетании с хирургическим лечением рубцов, рубцовых деформаций и контрактур.

Лечение проводили как в ранние сроки, после возникновения первых признаков рубцеобразования, так и позднее, через несколько лет после формирования грубых обширных рубцов.

Механизм криодеструкции обусловлен поражением микроциркуляторного русла, гибелью клеточных структур в связи с образованием кристаллов льда. При повторном оттаивании и охлаждении кристаллизация еще более усиливается.

Лечение проводится с целью получения качественного изменения рубцов, профилактики их прогрессивного роста. Для этого нами используется инструмент из сплава никелида титана. Особенностью данного сплава является его способность накапливать в себе, как в губке, жидкий азот и сохранять низкую температуру -196°. Лечение проведено у 59 пациентов, 48 из которых составили дети. Степень воздействия на ткани контролировали визуально для дозирования воздействия и определения необходимой степени замораживания. Инструмент не примерзает к поверхности рубца и не требует оттаивания. После нескольких сеансов криодеструкции наступали значительные улучшения со стороны келоидных и гипертрофических рубцов: у всех пациентов исчезали болевые ощущения, зуд, снижение толщины рубцовой ткани.

Длительность экспозиции на рубцы являлась не менее 90 секунд, кратность воздействия была индивидуальной в каждом случае и зависела от толщины рубцовой ткани и скорости кристаллизации последнего на всю толщину. После воздействия в ближайшие сроки (до 10-15 минут) возникала выраженная гиперемия рубца и окружающих тканей, а через 2-6 часов возникали пузыри, заполненные прозрачным содержимым.

Сеансы криодеструкции и криотерапии выполнялись в том числе и в качестве предоперационной подготовки, для улучшения эластичности рубцовой ткани.

На основании наших наблюдений можно сделать вывод о высокой эффективности метода криодеструкции и криотерапии в лечении рубцов различной этиологии и локализации и необходимости его дальнейшего применения в клинической практике.

*Миргородская А.В., Сиротченко Т.А., Бугаенко О.А, Бондаренко Г.Г., Головченко Н.Н., Яковенко Ю.О.*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

## **ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

Одно из ведущих мест в структуре эндокринных заболеваний занимает сахарный диабет (СД), который характеризуется хронической гипергликемией, что влияет на созревание половой системы. В то же время течение пубертатного периода у мальчиков-подростков сопровождается гормональной активностью, которая в свою очередь обуславливает возникновение контринсулярных эффектов, что негативно сказывается на компенсации сахарного диабета.

**Цель.** Изучить особенности полового развития мальчиков, больных сахарным диабетом.

**Материалы и методы.** Были обследованы 29 мальчиков в возрасте 13-17 лет, больных сахарным диабетом, находившихся на стационарном лечении в ревмокардиологическом отделении (эндокринологические койки) Луганской детской республиканской больницы. Оценку физического и полового развития проводили по величине индекса маскулинизации (по А.Н. Демченко, 1978) и по данным антропометрии. Полученные данные обрабатывались общепринятыми методами статистики.

**Результаты.** В ходе исследования было установлено, что 26,9 ±4,3 % (7/29) мальчиков-подростков с СД имели признаки задержки полового развития (ЗПР). У 18,5±3,7 % (5/29) обследованных отставание в половом развитии сочеталось с задержкой роста. Если у здоровых мальчиков появление вторичных половых признаков происходило в срок, то у обследованных с СД – запаздывало на 2-3 года. Значительно чаще (p<0,01) задержку в половом развитии констатировали в 14-15 летнем возрасте.

Установлено, что чем раньше дебютировал сахарный диабет, тем лабильнее было его течение, отмечались частые кетозы, приводящие к декомпенсации заболевания. Тем самым эти факторы оказывали неблагоприятное воздействие на гипоталамо-гипофизарную регуляцию процессов полового созревания мальчиков-подростков. Начало СД в препубертатном и раннем пубертатном периоде сопровождалось нарушением порядка появления вторичных половых признаков у мальчиков и расстройствами менструального цикла у девочек.

Главным критерием компенсации сахарного диабета 1 типа у детей является уровень гликированного гемоглобина. В нашем исследовании у детей с уровнем гликированного гемоглобина выше 9 % (гликемический

контроль с высоким риском осложнений) достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) отмечалась задержка полового развития.

Таким образом, в группе мальчиков, больных сахарным диабетом 1 типа (гликемический контроль с высоким риском осложнений), отмечаются более выраженные нарушения процессов роста и полового развития, что может объясняться как более тяжелыми метаболическими расстройствами на фоне агрессивного аутоиммунного заболевания, так и его длительностью и декомпенсацией.

*Мирович Е.Д., Мирович Е.Е., Петренко С.А., Егорова М.А.*

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра акушерства и гинекологии  
(заведующий проф. Чурилов А.В.)

### **ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ДНА**

Причиной возникновения генитального пролапса является несостоятельность фасциально-лигаментарного аппарата тазового дна, осуществляющего фиксацию и поддержку женских внутренних половых органов в противовес внутрибрюшному давлению. Большинство выполняемых методов хирургического лечения данного заболевания основано на коррекции имеющихся дефектов за счет собственных соединительнотканых структур, несостоятельность которых непосредственно привела к развитию заболевания. Данное обстоятельство обуславливает высокую частоту рецидивов, количество которых согласно данным литературы достигает 30%. Перспективным направлением снижения частоты рецидивов генитального пролапса после его хирургического лечения является замещение несостоятельного фасциально-лигаментарного аппарата тазовых органов синтетическими материалами, получивших с 2005 года широкое распространение в тазовой хирургии. Вместе с тем, установка синтетических эндопротезов требует проведения дополнительных этапов операции, что приводит к увеличению числа осложнений, связанных как с выполнением этих этапов, так и с наличием самого эндопротеза.

Целью данной работы был анализ осложнений применения синтетических материалов в хирургии тазового дна и разработка мер по снижению их числа.

Материал и методы. За период с 2006 по 2018 годы с использованием синтетических эндопротезов было прооперировано 217 женщин. Анализ результатов хирургического лечения данных пациенток мы условно разделили на два периода. Первый период охватывал 161 случай (первая группа больных), прошедший до 2014 года, после чего был проведен анализ осложнений и разработаны меры их профилактики. Второй период – с 2014 года по настоящее время, когда строго выполнялись разработанные меры. За этот период было прооперировано 56 пациенток (вторая группа).

Результаты. Анализ осложнений показал, что интраоперационных осложнений, связанных с выполнением дополнительных этапов хирургического лечения не было ни в одном случае. В послеоперационном периоде у 28 (17,2%) больных первой группы были отмечены следующие осложнения. В двух случаях (1,2%) в связи с фиксацией концов эндопротеза к коже сформировались свищи, по типу лигатурных. У 8 пациенток (5%) имели место обширные гематомы в позадизапирательной и надлобковой области, потребовавшие их вскрытия и опорожнения в 6 случаях. Эрозии влажной области над эндопротезом были отмечены у 18 (11,2%) женщин. Накопленный опыт и проведенный анализ осложнений позволил разработать следующие мероприятия по их профилактике:

проведение предоперационной подготовки, направленной на снижение отека тканей и улучшение микроциркуляции в выпадающем комплексе органов;  
тугая тампонада влажной области в течение суток после операции;  
отсутствие ушивания кожных проколов, необходимых для установки эндопротеза;  
отсутствие фиксации концов эндопротеза к коже;  
сшивание тканей без натяжения.

Эффективность разработанных мероприятий была подтверждена при проведении анализа послеоперационных осложнений у пациенток второй группы. У них только в двух случаях (3,6%) было отмечено образование эрозии влажной области над эндопротезом.

Проведенное исследование показало, что применение синтетических эндопротезов в реконструктивной хирургии тазового дна необходимо только при соблюдении строгих показаний к их установке. При этом целесообразно использование мер профилактики MESH-ассоциированных осложнений, разработанных в результате накопленного опыта.

*Мирович Е.Д., Карандей Ж.В., Егорова М.А., Петренко С.А.*

ГООВПО «Донецкий Национальный Медицинский Университет имени М. Горького»  
Центральная городская клиническая больница №6 г. Донецка

### **ПРИМЕНЕНИЕ РАЗГРУЖАЮЩЕГО АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Одним из достоверных и объективных фактором риска невынашивания является несостоятельность шейки матки. Сравнительная оценка рядом исследователей хирургического и атравматического серкляжа с помощью пессариев показывает высокую эффективность и определенные преимущества последних при истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН). Существенным преимуществом последнего считается простота и доступность метода, возможность избежать оперативного вмешательства, стационарного содержания беременных.

**Целью** настоящего исследования была оценка эффективности использования акушерского разгружающего пессария у беременных с ИЦН.

**Материалы и методы.** Проанализировано 38 случаев введения акушерского разгружающего пессария беременным ИЦН в сроках 16-22 недели беременности (основная группа). В контрольную группу вошли 22 женщины с ИЦН 16-22 недель беременности, которым был наложен циркулярный шов на шейку матки. Противопоказаний к установке пессария и наложения шва не было у женщин обеих групп. Основными ультразвуковыми критериями диагностирования ИЦН являлись: укорочение шейки матки до 2,5 см и менее, раскрытие цервикального канала на 0,9 см и выше, величина отношения длины к диаметру шейки матки на уровне внутреннего зева 1,16 см. Каждой беременной проводились УЗИ и исследование влагалищной флоры. При наблюдении за беременными после введения пессария, проводились регулярное бактериологическое исследование влагалищных мазков, УЗИ шейки матки и контроль расположения пессария каждые 3-4 недели. В плановом порядке акушерский пессарий извлекался в 37 недель беременности или с наступлением родовой деятельности.

**Результаты и их обсуждение.** При введении акушерского пессария 38 беременным осложнений не было. Ни в одном из 38 случаев, даже при непрерывном ношении пессария в течении 20 недель, не отмечено случаев трофических изменений влагалища. В 4 случаях пришлось проводить лечение кандидоза влагалища до извлечения пессария. Токолитическая терапия, в связи с жалобами на боли внизу живота, была проведена до и после введения пессария 8 женщинам (21,1%). В основной группе женщин срочные роды произошли в 36 (87%) случаях, в контрольной – в 15 (68%) случаях. Течение родов осложнилось преждевременным излитием околоплодных вод у 5 (13,1%) пациенток основной группы и 6 (27,3%) пациенток контрольной. Средняя продолжительность родов составила  $10,5 \pm 2,3$ ч в основной группе и  $9,5 \pm 2,6$ ч в контрольной. Родоразрешение путем кесарева сечения выполнено у 7 (18,4%) пациенток основной группы и у 6 (27,3%) пациенток контрольной. В основной группе кесарево сечение проведено в плановом порядке, показаниями были тазовое предлежание плода. В контрольной группе операция была проведена в 3 случаях в плановом порядке по поводу тазового предлежания плода, в 2 случаях в связи с развившимся дистрессом плода в родах в сроке 35 недель, в 1 случае имела место отслойка нормально расположенной плаценты в первом периоде родов. В контрольной группе при проведении консервативной токолитической терапии 12 женщинам, преждевременные роды наступили у 4 беременных (18,1%), перинатальные потери составили 4,5% (1 новорожденный). У 9 беременных, которым было проведено хирургическое лечение ИЦН, в 1 случае произошел инструментальный прокол плодного пузыря, у 1 беременной развился хориоамнионит, потребовалось снятие циркулярного шва и проведение антибактериальной терапии. В основной группе перинатальных потерь не было. Оценочный балл состояния новорожденных по шкале Апгар, соответственно на 1-й и 5-й минутах, был следующий: у новорожденных основной группы -  $7,6 \pm 1,5$  и  $8,4 \pm 1,3$  у новорожденных контрольной группы -  $7,2 \pm 1,6$  и  $8,6 \pm 1,1$  ( $p_1 - p_2 > 0,05$ ).

**Выводы:** Результаты исследования показали эффективность применения акушерского разгружающего пессария с целью профилактики и лечения невынашивания у беременных с ИЦН, снижения частоты позднего аборта и преждевременных родов, перинатальных потерь благодаря суммарному воздействию, приводящему к замыканию шейки матки, сакрализации шейки, перераспределению давления плодного яйца.

*Мироненко Т.В., Василенко В.Н., Казарцева С.Н., Можеева Н.Г., Бойко И.А.*

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

## **ДИНАМИКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОЛУШАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Цереброваскулярные заболевания и, частности, мозговые инсульты являются важной медико-социальной проблемой. Это связано, прежде всего, с наличием у пациентов стойких двигательных и вегетативных нарушений, наряду с другими видами постинсультных неврологических осложнений. Поэтому обоснован новый поиск методик, объективизирующих двигательную и вегетативную дисфункцию, прогнозирование их восстановления.

**Цель исследования:** оптимизация диагностики двигательных и вегетативных нарушений в восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта.

**Материалы и методы исследования:** было проведено наблюдение за 72 пациентами (40 мужчин и 32 женщины, средний возраст –  $52,4 \pm 2,6$  лет) в восстановительном периоде (1–3 месяца) ишемического инсульта в каротидном бассейне (38 случаев – в системе левой и 34 – правой внутренней сонной артерии) с полушарной локализацией очага, а также 20 лицами контрольной группы с хронической ишемией мозга I-II ст.

В процессе исследования были использованы классические методы оценки неврологического статуса, нейровизуализационные (спиральная компьютерная, магнитно-резонансная томография головного мозга), нейрофизиологические (электроэнцефалография, определение вызванных кожных симпатических потенциалов), магнитную стимуляцию, статистические методы.

**Полученные результаты:** среди обследованных пациентов в 26% случаев диагностирован атеротромботический подтип инсульта, в 35% – лакунарный, в 11% – кардиоэмболический, 28% – криптогенный.

В структуре моторных расстройств у обследованных преобладали пирамидный или пирамидно-экстрапирамидный гемипарез.

При поражении правого полушария превалировала мышечная гипертония (100%), разгибательные патологические стопные знаки (80%) и защитные рефлексы (20%).

При левополушарной локализации мозгового инсульта доминировали тонические нарушения над пирамидными (82%) и патологические стопные знаки сгибательного типа (72%). Двигательный дефицит у пациентов сопровождался дизартрией корково-подкоркового типа (соответственно 51 % и 49%).

Вегетативная дисфункция после перенесенного мозгового инсульта у наших больных проявлялась гипергидрозом паретичной ладони, отеком конечности, сухостью кожи, нейропатической болью (23%), изменением цвета (34%) кожи. Отмечена зависимость вегетативной дисфункции от степени тяжести двигательных расстройств у обследуемых ( $p < 0,05$ ).

Диагностическими критериями степени пареза в восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта могут служить следующие изменения нейрофизиологических показателей: для неглубокого пареза значение  $H_{max}$  ( $M_{max}$  m.gastrcnemicus –  $25,29 \pm 3,16$  %) ( $p < 0,01$ ), амплитуда вызванного моторного ответа m.abductordigitiminimi –  $794,50 \pm 180,51$  мкВ ( $p < 0,01$ ). При выраженном парезе наблюдается увеличение значения максимальной амплитуды Н-рефлекса  $1569,00 \pm 312,26$  мкВ ( $p < 0,05$ ),  $H_{max}/M_{max}$  – соотношение  $34,80 \pm 3,12$  % ( $p < 0,001$ ), амплитуда вызванного моторного ответа в покое –  $393,57 \pm 118,75$  мкВ ( $p < 0,01$ ).

Обнаружено, что степень нарушения симпатической активности возрастает пропорционально степени двигательных расстройств ( $p < 0,05$ ), что вероятно свидетельствует об общих патофизиологических механизмах их возникновения.

*Михеев А.В., Трушин С.Н.*

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

### **СИНДРОМ ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС**

Заболеваемость спонтанным пневмотораксом (СП) на протяжении последних десятилетий не имеет тенденции к снижению, сохраняясь в соотношении 7,4:100 000 человек. Этиология первичного СП до настоящего времени окончательно не выяснена. Ряд авторов не исключает возможности развития СП как проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Одним из частых проявлений ДСТ являются синдром дисплазии соединительной ткани сердца. К которому относятся нозологически самостоятельные формы (синдром Марфана, Элерса-Данло) и так называемые малые аномалии сердца (МАС) – пролабирование митрального клапана (ПМК), аномальные расположенные хорды (АРХ) и т.д. Проблема МАС является актуальной из-за частоты распространения: ПМК встречается у 4-15% населения, АРХ – у 4,1-17,1%. По современным данным МАС могут служить одной из причин внезапной смерти больных.

Нами обследовано 22 пациента, находившихся на лечении и обследовании в клинике факультетской хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России на базе отделения торакальной хирургии ГБУ РО «ОКБ». У всех пациентов имел место первичный спонтанный пневмоторакс. До эпизода развития пневмоторакса и поступления в стационар все больные признавались здоровыми и не имели сопутствующей патологии. Средний возраст пациентов составил  $21,4 \pm 0,69$  г. При поступлении в стационар первично выполнено дренирование и в плевральную полость установлена одна либо две дренажные трубки достаточного диаметра (не менее 18F). Дренажи удаляли спустя 2-3 суток после достижения полного расправления легкого. Эхокардиография выполнялась перед выпиской пациентов из стационара. При проведении ЭХО-графии сердца у всех пациентов выявлены признаки МАС. У 10 больных визуализировалась дополнительная трабекула левого желудочка. Аномально расположенная хорда левого желудочка (АРХ) выявлена у 5 пациентов. Пролапс митрального клапана (ПМК) 1 степени обнаружен у 2 больных, ПМК 1-2 степени – у одного, незначительная регургитация митрального и трикуспидального клапана у 17, умеренная регургитация митрального клапана у 1 пациента. Важно отметить, что у части пациентов имело место сочетание дополнительных трабекул левого желудочка с АРХ в нем.

Таким образом, в алгоритм обследования пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом целесообразно включать эхокардиографическое исследование и определение содержания магния в сыворотке крови. Пациенты с выявленными малыми аномалиями сердца нуждаются в дальнейшем в постоянном диспансерном наблюдении.

*Михеев А.В., Трушин С.Н.*

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

### **АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНЫМ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ**

Цель исследования: изучить взаимосвязь дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и спонтанного пневмоторакса (СП), путем определения фенотипических маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ННСТ) у пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом.

Критерии включения в исследование: мужской пол, возраст не старше 40 лет, первый эпизод или рецидив СП, отсутствие хронической либо острой патологии, требующей коррекции.

Материалы и методы. Обследован 21 пациент, находившийся на лечении в клинике факультетской хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России на базе отделения торакальной хирургии ГБУ РО «ОКБ». Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. У всех пациентов имел место ПСП. До развития ПСП пациенты считались здоровыми. Все больные были мужского пола; женщины в исследование не включались. В 16 случаях (76%) имел место правосторонний пневмоторакс, у 5 (14%) – левосторонний. Двухсторонних пневмотораксов не отмечалось. У 14 эпизод пневмоторакса был первым, 7 пациентов имел место рецидив. Средний возраст со-

ставил  $26 \pm 1,2$  лет. При выборе метода лечения и способа коррекции пневмоторакса придерживались «Проекта Национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению спонтанного пневмоторакса» от 2013г.

У всех пациентов проводилось антропометрическое исследование. Измерялась длина верхней конечности, плеча, предплечья, кисти, нижней конечности, бедра, голени и стопы. Определяли признаки долихостеномелии (марфаноидность) – удлинение размеров конечностей по отношению к туловищу. Критериями диагностики долихостеномелии с помощью антропометрических данных являются: отношение «кисть/рост»  $>11\%$ ; отношение «стопа/рост»  $>15\%$ ; разность «размах рук - рост»  $>7,6$ см; отношение «верхний сегмент/нижний»  $<0,85$ , где нижний сегмент измерялся от лонного сочленения до пола, верхний сегмент определяли как разность «рост-нижний сегмент». При оценке критериев долихостеномелии с помощью антропометрических данных средние показатели составили: отношение «кисть/рост» -  $11,2\%$ ; отношение «стопа/рост» -  $14,9\%$ ; разность «размах рук - рост»  $4,1 \pm 0,76$  см; отношение «верхний сегмент/нижний» -  $1,06 \pm 0,02$ . При этом у 11 пациентов ( $52,4\%$ ) соотношение «стопа/рост» превышала  $15\%$ , у 6 больных ( $28,6\%$ ) разность «размах рук - рост» составила более  $7,6$ см.

По данным антропометрических исследований рост пациентов составили  $179 \pm 1,4$ см, вес -  $64 \pm 1,3$ кг, добровольцы контрольной группы имели меньший рост  $176,3 \pm 0,9$ , при большем весе  $72,5 \pm 1,1$ . Индекс Варги равен  $1,7 \pm 0,04$ . В  $76\%$  случаев выявлен дефицит веса, у 4 пациентов выраженный недостаток массы тела.

Одним из наиболее часто встречающихся в клинической практике проявлений ННСТ является синдром гипермобильности суставов (ГМС). Выраженность ГМС оценивали по девятибалльной шкале R.Beighton. Максимальная величина по этим тестам равняется 9 баллам, причем 1 балл обозначает патологическое перерастяжение одного сустава на одной стороне, а 2 балла – на двух. Показатель от 0 до 2 расценивался как физиологический вариант нормы, от 3 до 5 – как умеренная гипермобильность, от 6 до 9 баллов – выраженная гипермобильность суставов. Признаки ГМС выявлены у 11 ( $52,4\%$ ) пациентов из общего числа, причем у 9 определялась умеренная, а у 2 выраженная гипермобильность суставов.

Таким образом, у пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом выявлены явные фенотипические маркеры дисплазии соединительной ткани.

*Михеев А.В., Трушин С.Н.*

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

## МЕТАБОЛИЗМ МАГНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

В настоящее время пристальное внимание исследователей посвящено уточнению молекулярно-генетических аспектов развития и прогрессирования эмфиземы легких. Магний является одним из важнейших внутриклеточных макроэлементов и находится на четвертом месте по распространенности, уступая лишь катионам натрия, калия и кальция. Магний является кофактором более чем в 300 белковых структурах. Пристальное внимание ученых к дефициту магния (ДМ) обусловлено доказанной связью его с различными патологическими состояниями, ассоциированными с нарушением апоптоза, эндотелиальной дисфункцией, дисплазией соединительной ткани, расстройствами иммунной системы и т.д. Частота встречаемости ДМ в популяции колеблется от  $18$  до  $42\%$ . Однако точные данные по распространенности ДМ среди населения РФ неизвестны. Это обусловлено отсутствием больших популяционных исследований, демографической разнородностью изучаемых групп. Кроме того до  $60\%$  магния концентрируется в костной ткани, дентине и эмали зубов, а около  $20\%$  в метаболически активных тканях – сердце, печень, почки, надпочечники, мозг, мышцы. Снижение концентрации магния в крови может предотвращаться высвобождением из депо в костной ткани. Для оценки содержания магния в организме применяются различные методики: внутриклеточное определение содержания магния в эритроцитах и мононуклеарах; исследование уровня в волосах; определение экскреции с мочой; оценка концентрации магния в плазме крови. В практической деятельности чаще применяется последний метод, однако магний является внутриклеточным ионом и при скрытом (внутриклеточном) ДМ этот показатель остается нормальным. При снижении магний сыворотки крови меньше  $0,8$ ммоль/л – ДМ становится неоспоримым и это свидетельствует об отсутствии возможности его компенсации организмом.

С целью изучения возможной роли дефицита магния в развитии буллезной трансформации легких, осложненной спонтанным пневмотораксом обследовано 29 пациентов, находившийся на лечении в клинике факультетской хирургии на базе отделения торакальной хирургии ГБОУ РО «ОКБ». Все пациенты были мужского пола. Женщины в исследование не включались, из-за относительной редкости первичного спонтанного пневмоторакса у них. Критерием включения так же являлся возраст не старше 45 лет и отсутствие любой острой или хронической соматической патологии, требующей коррекции.

Средний возраст больных составил  $23 \pm 1,2$ г. При проведении рентгеновской компьютерной томографии буллезные изменения верхушек легких выявлены у больных. При поступлении в качестве первичного хирургического пособия всем пациентам выполнен торакоцентез, дренирование плевральной полости одним либо двумя трубчатыми дренажами.

Определение концентрации магний в плазме крови проводили при поступлении пациентов в стационар, а также перед выпиской. При анализе полученных результатов выявлено, что у 12 больных ( $41,4\%$ ) исходно имела место гипомagneзиемия ( $< 0,8$  ммоль/л), подобные изменения сохранились и при выписке из стационара. У 6 ( $20,7\%$ ) пациентов уровень магния в плазме крови находился на нижних границах нормальных показателей и составил  $0,81-0,86$  ммоль/л.

Таким образом, у  $62\%$  пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом выявлен выраженный дефи-

цит магния. Учитывая, что дефицит магния приводит к повышенной экспрессии матриксных металлопротеиназ, вероятно имеет место избыточная деградация внеклеточного матрикса. Роль дефицита магния в формировании буллезной эмфиземы легких и, как следствие, спонтанного пневмоторакса требует дальнейшего углубленного изучения.

*Могилевская К.Э., Ласткова Н.Д., Воробьева В.Г.*

НИИ МПС ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

## **ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

Вибрационная болезнь (ВБ) занимает одно из ведущих мест в структуре профессиональных заболеваний горнорабочих и приводит к снижению трудоспособности у лиц молодого и среднего возраста, в связи с чем возникает необходимость длительного лечения и реабилитации больных. Наиболее чувствительным к вибрационным воздействиям отделом нервной системы является вестибулярный анализатор, а нарушение его функции при вибрационной патологии возникает от локальной вибрации. Поэтому разработка методов коррекции вестибулярной дисфункции при ВБ от локальной вибрации является актуальной.

**Материал и методы.** В условиях неврологического стационара КЛПУ «РКБПЗ» было обследовано 79 горнорабочих, работающих на глубоких угольных шахтах, в возрасте от 30 до 54 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (контрольная) – 42 практически здоровых горнорабочих, II группа (основная) – 37 горнорабочих с ВБ от локальной вибрации 1-й степени. Состояние вестибулярного анализатора оценивали по 20-балльной шкале экспресс-диагностики К.Ф.Тринуса. Сеансы гипербарической оксигенации (ГБО) проводили больным с ВБ в барокамерах типа БЛКС-303 МК при давлении кислорода 1,5-2 ата и в течение сеанса изопрессии 60 минут с общим числом в 10 сеансов в отделении интенсивной терапии гипербарической оксигенации КЛПУ «РКБПЗ». За час до сеанса внутривенно вводили раствор альфа-липоевой кислоты (АЛК) в дозе 600 мг однократно в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Результаты исследований обрабатывались на персональном компьютере при помощи лицензионной программы «Statistica 5.5А». Вычисляли следующие показатели: среднее значение ( $M$ ), ошибки среднего ( $m$ ), критерии Стьюдента ( $St$ ), Вилкоксона ( $kW$ ), достоверности различий статистических показателей ( $p$ ).

**Результаты исследований.** При оценке функционального состояния вестибулярного анализатора у обследованных горнорабочих по 20-балльной шкале экспресс-диагностики в основной группе имели место более высокие значения среднего балла в трёх пробах из шести: анамнез ( $1,83 \pm 0,17$ ) балла, проба Уемуры ( $2,25 \pm 0,20$ ) балла и графическая проба Фукуды ( $1,16 \pm 0,10$ ). У больных отмечены отличия от результатов этих проб у горнорабочих контрольной группы ( $0,88 \pm 0,10$ ,  $1,80 \pm 0,08$ ,  $0,71 \pm 0,08$ ) баллов при ( $p < 0,001$ ,  $p = 0,003$ ,  $p = 0,0003$  соответственно). При суммарной оценке по 20-балльной шкале средние значения в контрольной и основной группах обследованных горнорабочих ( $6,30 \pm 0,20$  и  $8,66 \pm 0,39$  баллов соответственно) имели достоверные отличия ( $p < 0,001$ ).

Для коррекции вестибулярных нарушений использовали ГБО и АЛК у 12 больных с ВБ 1-й степени (основная группа), 25 больных получали сосудорасширяющий препарат (ксантинола никотинат) и физиотерапевтические процедуры на кисти рук (контрольная группа). Результаты лечения оценивались через 15 дней. Результаты лечения больных ВБ ГБО и АЛК по 20-балльной шкале экспресс-диагностики показали значительное уменьшение количества жалоб ( $kW = 2,022$ ,  $p = 0,043$ ), и улучшение показателей в пробе Уемуры ( $kW = 2,022$ ,  $p = 0,043$ ), а также статистически значимое снижение вестибулярных нарушений по суммарной оценке ( $kW = 2,57$ ,  $p = 0,0099$ ). При сравнении результатов обычного лечения 25 больных ВБ и 12 больных с включением в курс лечения ГБО и АЛК по 20-ти балльной шкале экспресс-диагностики показано, что при лечении значительно уменьшается количество жалоб ( $St = 2,35$ ,  $p = 0,024$ ) и улучшается суммарная вестибулярная оценка ( $St = 3,24$ ,  $p = 0,0025$ ).

**Выводы.** У горнорабочих, подвергающихся воздействию локальной вибрации, отмечается статистически достоверное ( $p = 0,0003 - 0,003$ ) ухудшение функционального состояния вестибулярного анализатора по данным экспресс-диагностики (анамнез, проба Уемуры, графическая проба Фукуды). Применение в лечении больных вибрационной болезнью ГБО и АЛК уже через 15 дней приводит к улучшению клинических показателей и уменьшению выраженности жалоб.

*проф. Н.В. Момот., к мед.н. И.А. Плахотников, проф. И.В. Кузнецова, Ю.Д. Костямин, Ю.Ю. Швадченко, к мед.н. О.В. Макарчук, проф. А.С. Кузнецов*

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ОТДЕЛЕНИИ КАРДИО- И РЕНТГЕНВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ДОКТМО**

В отделении кардио- и рентгеноваскулярной хирургии ДокТМО за период 2013-2018 гг. было пролечено 90 пациентов с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). Всем пациентам выполнялось ЭхоКГ, УЗИ вен нижних конечностей и ангиопульмонография для подтверждения диагноза ТЭЛА. У 8 пациентов ранее было выполнено оперативное лечение в других лечебных учреждениях (давность от 5 до 28 суток). Средний возраст пациентов составил  $46 \pm 4,7$  лет (от 18 до 72 лет). Из них у 74 был выполнен urgently селективный тромболизис в легочную артерию, с контролем ангиопульмонографии на следующие сутки. 79 пациентам было выполнено имплантация кавафилтра. У 36 пациентов давность ТЭЛА превышала 1 месяц, но тромболизис выполнялся ввиду наличия высоких цифр давления в легочной артерии (более 50 мм.рт.ст.), и выявления при ангиопульмонографии

массивных эмболий в ветвях легочных артерий. 5 пациентам с давностью ТЭЛА более 1 месяца не выполнялся селективный тромболизис, ввиду отсутствия массивных тромбов при ангиопульмонографии, но выполнялась имплантация кавафильтра, ввиду наличия выраженного тромбоза в нижних конечностях. 11 пациентам выполнялся только подбор оптимальной консервативной терапии. У 1 пациента было выявлено на ЭхоКГ сеть Киари в правом предсердии, на ангиопульмонографии было выявлено наличие массивного тромба округлой формы размерами 20\*25 мм. Умерло в первые сутки на фоне проводимого тромболизиса 6 пациентов. У 2 пациентов на вскрытии был диагностирован геморрагический инсульт, у 3 – ТЭЛА, у 1 – кровотечение из места пункции бедренной вены. Всем пациентам выполнялся контроль ЭхоКГ через 1 и 3 месяца. У 78 пациентов, с массивной ТЭЛА было отмечено снижение давления в легочной артерии в среднем на 10-15 мм.рт.ст. Объективное улучшение самочувствия отмечают 68 пациентов. Всем пациентам назначалась доза варфарина, поддерживающая уровень МНО от 2,0 до 3,5; нитроглицерин продленного действия. Пациентам, у которых давления в легочной артерии при выписке было выше 50 мм.рт.ст. назначился силденафил.

*Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф., Михалев С.В.\* , Кихеопуло О.И.\* , Франчук М.А.\* , Мангуш И.С.\**

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

Коммунальное учреждение «Городская детская клиническая больница №5 города Донецка»\*

### **ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

Цель исследования. Изучить функциональное состояние центральной гемодинамики у детей с дисплазией соединительной ткани (ДСТ), имевших деформации позвоночника, грудной клетки (ДПК) и пролапс митрального клапана (ПМК).

Материалы и методы. На базе кардиоревматологического отделения КУ «Городская детская клиническая больница № 1» г. Донецка обследовано 126 детей с ДСТ и ПМК в возрасте 7-17 лет. Диагноз дисплазии соединительной ткани устанавливали на основании критериев Кадуриной Т.И. (2009). Основную группу обследованных составили 85 (67,5±4,2%) пациентов с ДПК, группу сравнения – 41 (32,5±5,4%) без ДПК, контрольную группу – 50 здоровых детей. Были изучены конечно-диастолический (КДО) и конечно-систолический (КСО) объемы левого желудочка (ЛЖ), ударный (УОС) и минутный (МОС) объемы сердца, среднее значение всех RR интервалов в выборке (Mean).

Результаты. При проведении доплер-эхокардиографического исследования выявлено, что для детей с ДСТ и ПМК характерна тенденция к уменьшению объемов камер сердца. При этом у детей с ДПК уменьшение морфофункциональных параметров было более значительным, чем у пациентов без ДПК: в основной группе уменьшение КДО ЛЖ выявлено в 29 (34,1±5,1%) случаях, уменьшение КСО ЛЖ – в 31 (36,5±5,1%) ( $p<0,05$ ), в группе сравнения – в 8 (19,5±6,2%) и 10 (24,4±6,7%) случаях соответственно ( $p<0,05$ ). Изменение КДО ЛЖ и КСО ЛЖ отражало изменение морфометрических параметров левого желудочка. У обследованных детей с ДСТ и ПМК выявлена тенденция к уменьшению УОС и МОС, более выраженная у пациентов основной группы. В этой группе УОС составил (57,0±1,3) мл, в группе сравнения (62,8±1,3) мл ( $p<0,05$ ). У пациентов с ДПК снижение УОС зарегистрировано в два раза чаще по сравнению с пациентами без ДПК: в 54 (63,5±5,2%) и 13 (31,7±7,26%) случаев соответственно ( $p<0,05$ ). МОС в обеих группах был снижен менее значительно, чем УОС: (4,4±0,1) л/мин у детей с ДПК и (4,6±0,1) л/мин у пациентов без ДПК ( $p>0,05$ ). При этом значение Mean в основной группе было ниже (793,9±8,9) мс, чем в группе сравнения (836,0±10,0) мс ( $p<0,001$ ). При изучении частоты встречаемости измененного значения Mean выявлено, что повышенное значение Mean имели 19 (22,4±4,5%) детей основной группы и 15 (36,6±7,5%) группы сравнения ( $p<0,05$ ). Число детей с ДПК, имевших сниженное значение Mean – 29 (34,1±5,1%), превышало число обследованных с повышенным значением Mean в этой группе – 19 (22,4±4,5%;  $p<0,05$ ) и число пациентов со сниженным значением Mean в группе без ДПК – 3 (7,3±4,1%;  $p<0,01$ ). Это свидетельствовало о более высокой частоте сердечных сокращений у пациентов с ДПК.

Выводы. Уменьшение морфофункциональных параметров сердца у пациентов с деформациями позвоночника и грудной клетки приводило к уменьшению ударного объема сердца. Сохранение минутного объема сердца на уровне, который обеспечивал нормокинетический тип центральной гемодинамики, происходило за счет нарастания числа сердечных сокращений, что приводило к ухудшению компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы у этого контингента детей.

*Башеев В.Х., Мутьк М.Г., Балабан В.В.*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Республиканский онкологический центр им. Проф. Г.В. Бондаря, Донецк.

### **МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНАЯ ЭКСТРАЛЕВАТОРНАЯ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ**

Введение:

Выполнена расширенная экстралевакторная брюшно-промежностная экстирпация у больного с местнораспространенным «нижним» раком прямой кишки с целью улучшения онкологических результатов.

Материалы и методы:

Представлен случай 71-летней пациентки, которая была госпитализирована в проктологическое отделение Республиканского онкологического центра им. Проф. Г.В. Бондаря с жалобами на: интенсивные анальные боли, кровотечение. При ректоскопии выявлена циркулярная низкая опухоль с распространением на верхнюю треть анального канала, расстояние от анального края составляло 1 см. Верифицирована аденокарцинома. МРТ показала опухоль T4b с инвазией в леваторы. Диагноз: cT4cN0M0. Пациентка прошла краткий курс химиолучевой терапии с отсроченной операцией. Через 3 недели больная прибыла в клинику с жалобами на: выделения кала и газов через влагалище. При вагинальном осмотре выявлен ректовагинальный свищ диаметром около 1 см. В следствии чего пациентке предложена операция: экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с резекцией и реконструкцией влагалища.

**Результаты:**

После абдоминальной части мы перевернули пациента в положении лежа на животе для достижения хорошей визуализации. В ходе промежностного этапа операции мы использовали каплеобразный разрез, затем после визуализации элементов наружного сфинктера проводили диссекцию вдоль него. Копчик был выделен и отсечен, что позволило отсечь леваторы близко к месту их фиксации у крестца и продолжить дальнейшее отсечение леваторов по правой и левой стенке. Перед пересечением передней стенки влагалища для достижения R0 краев резекции был использован мануальный метод индентификации линии рассечения. После удаления препарата выполнена реконструкция передней стенки влагалища с использованием викрила 3,0. Для замещения раневого дефекта промежности был использован лоскут большой ягодичной мышцы.

**Выводы:**

Описанный случай демонстрирует преимущества положения пациента лежа на животе в виде «перочинного ножа» при выполнении экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации. Достижимая хорошая экспозиция и визуализация всех необходимых анатомических элементов позволяет выполнить операцию с достижением R0 границ резекции. Послеоперационное патогистологическое заключение: качество тотальной мезоректумэктомии 3 - й степени, умеренно дифференцированная аденокарцинома урТ3. Дистальный, проксимальный и циркулярный края резекции отрицательные. Степень регрессии опухоли по Мандарту - 2.

*Налетов А.В., Налетов С.В., Баранова А.С., Вьюниченко Ю.С.*

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

### **ОПРОСНИК ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЛАЕНТНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ПРОВОДИМОЙ ИХ РЕБЕНКУ ТЕРАПИИ**

Успешный результат лечения любого заболевания, особенно хронической патологии, зависит от регулярного выполнения пациентом назначений лечащего врача. Строгое соблюдение пациентами врачебных рекомендаций возможно только в стационарах, где осуществляется сестринский контроль за проводимой терапией. Особую группу среди пациентов с хронической патологией составляют больные детского возраста. Краткосрочность амбулаторного приема, большие очереди в поликлиниках, психологическое напряжение пациентов и их родителей в значительной мере препятствуют продуктивному общению, установлению терапевтического альянса и созданию комплаентного поведения. В таких случаях контроль за соблюдением рекомендованной врачом диеты, режимом и приемом препаратов ложится не на самих пациентов, а на их родителей.

Цель исследования. Разработать «Опросник определения уровня родительской комплаентности» для оценки степени приверженности родителей к проводимой их ребенку терапии.

Материалы и методы. На базе ООО «Медицинский центр «Гастро-лайн» г. Донецк» обследовано 103 ребенка с патологией пищеварительного тракта. Лечение заболеваний, переносимых детьми было проведено согласно Унифицированных клинических протоколов медицинской помощи либо Международных рекомендаций. После проведения лечения в ходе консультативного приема с пациентами и их родителями было проведено анонимное анкетирование с определением уровня родительской комплаентности в отношении соблюдения проведенного ребенку лечения при помощи предложенных вопросов.

Оценка валидности опросника проведена с помощью расчета критерия альфа Кронбаха (Cronbach's alpha test). Хранение и статистическая обработка данных произведены с помощью пакета программы SPSS (v.21, IBM SPSS Statistic, США).

Результаты исследования. Разработанный опросник включал 6 вопросов для родителей.

1. Забывали ли Вы когда-либо дать ребенку препараты?
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств ребенком?
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если ребенок чувствует себя хорошо?
4. Если ребенок чувствует себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием препарата?
5. Можете ли Вы в связи с негативной реакцией ребенка на прием лекарства отказаться от следующего приема препарата?
6. Можете ли Вы без консультации с лечащим врачом самостоятельно заменить назначенный препарат в лечении Вашего ребенка на «более эффективный и безопасный» по Вашему мнению?

При получении 6 ответов «нет» говорили о комплаентности родителей, при 4-5 «нет» – частичной комплаентности, 3 и менее нет – полной некомплаентности родителей.

При проведении статистического анализа было доказано, что опросник является высоко валидным (тест

Кронбаха более 0,8). Чувствительность = 92,8 %, специфичность = 82,4 %, ложноотрицательные значения = 7,2 %, ложнопозитивные значения = 17,6 %.

Выводы. Разработанный «Опросник определения уровня родительской комплаентности» можно рекомендовать для оценки степени приверженности родителей к проводимой их ребенку терапии в педиатрической практике.

*Налетов А.В., Назаркина В.Б., Анисимова Н.Н., Печура Т.Н., Котова О.В., Волковая Э.И.*

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

### **ГАЛОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД АКТИВАЦИИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

Дисрегуляторные нарушения вегетативного гомеостазиса рассматриваются в качестве одного из механизмов развития хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) у детей.

Цель исследования. Изучить влияние галотерапии на функциональные показатели вегетативной нервной системы (ВНС) при реабилитации детей с ХГДП.

Материалы и методы. Обследовано 2 группы пациентов по 40 детей старшего школьного возраста, страдающих ХГДП, ассоциированной с инфекцией *H. pylori*. Пациентам основной группы проведен курс галотерапии через 1 месяц после окончания антихеликобактерного лечения в период ремиссии заболевания. Галотерапию проводили в специализированной галокамере с использованием аппарата сухой солевой аэрозольтерапии АСА-01.3 (ООО «Аэромед», Россия) курсом из 10 ежедневных сеансов длительностью 30 минут. Детям группы сравнения курс галотерапии не проводился. После завершения исследования у пациентов была проведена оценка функциональных показателей ВНС (исходный вегетативный тонус (ИВТ), вегетативная реактивность (ВР), вегетативная обеспеченность деятельности (ВОД)) методом кардиоинтервалографии.

Результаты исследования. Динамика ИВТ после применения курса галотерапии у пациентов отражала единую тенденцию сбалансированного взаимодействия симпатического и парасимпатического отделов ВНС. Так у 42,5±7,8 % детей основной группы выявлена эйтония в ИВТ. Среди пациентов группы сравнения данный тип ИВТ установлен лишь у 7,5±4,2 % детей. У остальных пациентов данной группы сохранялось гиперергическое влияние симпатической или парасимпатической системы. Уровень значимости различий между группами сравнения по показателям ИВТ составил  $p=0,002$ .

Среди пациентов основной группы превалировал нормальный ответ адаптационных систем на кратковременную нагрузку в виде нормального типа ВР – 57,5±7,8 % детей. В группе сравнения данный вариант ВР регистрировали лишь у 17,5±6,0 % пациентов. На фоне использования галотерапии снижался удельный вес гиперсимпатикотонического типа ВР и прогностически наиболее неблагоприятного – асимпатикотонического варианта ВР. Среди пациентов группы сравнения превалировал гиперсимпатикотонический тип ВР – 60,0±7,7 % пациентов, который свидетельствует о напряженности адаптационных систем организма. У 22,5±6,6 % детей данной группы выявлен асимпатикотонический тип ВР, что указывает на устойчивое истощение адаптационных резервов организма ребенка. Уровень значимости различий между группами сравнения по показателям ВР составил  $p<0,001$ .

Проведение курса галотерапии в период клинической ремиссии заболевания позволило добиться среди пациентов основной группы отсутствия прогностически неблагоприятного варианта ВОД – асимпатикотонического за счет перераспределения в сторону достаточной ВОД, что свидетельствует об адекватности стресс-реакции и переход ВНС на более экономный уровень функционирования. Количество детей в основной группе с нормальным типом ВОД составило 50,0±7,9 % пациентов. Среди пациентов группы сравнения лишь у 25,0±6,8 % детей выявлен данный тип ВОД. Уровень значимости различий между группами сравнения по показателям ВОД составил  $p<0,001$ .

Выводы. Таким образом, даже после проведения успешной эрадикации *H. pylori* у детей с ХГДП с течением времени отмечается истощение компенсаторных возможностей ВНС с нарастанием процессов дезадаптации. Использование метода галотерапии в период клинической ремиссии заболевания показало свою эффективность в нормализации дисбаланса ВНС у пациентов.

*Налетов А.В., Конкина М.Н., Клевцова И.А., Железняк М.С., Палкина А.А.*

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Микоплазменные пневмонии составляют до 20 % от общего числа пневмоний, диагностируемых у детей, и относятся к группе атипичных пневмоний. Возбудителем респираторного микоплазмоза, или атипичной пневмонии является *Mycoplasma pneumoniae*. Отсутствие однозначных сведений относительно возрастных особенностей клинического течения заболевания, ограничение возможностей этиологической верификации возбудителя, обуславливает актуальность изучения клинических проявлений микоплазменных пневмоний в детском возрасте.

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения микоплазменной пневмонии у детей, проживающих в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 28 детей дошкольного возраста (3-7 лет), переносящих респираторный микоплазмоз в форме пневмонии, проживающих на территории ДНР. Подтверждение микоплазменной этиологии заболевания проводилось методом ПЦР – выявления ДНК возбудителя в мазках из зева и носа, а также определением специфических IgM к *Mycoplasma pneumoniae*.

Результаты исследования. У большинства пациентов отмечали постепенное начало с подострым течением заболевания – 64,3 %. Всех детей беспокоил сухой, приступообразный кашель общей продолжительностью до трех недель. При поступлении аускультативно у 92,9 % пациентов выявлены изменения в легких: у 14,3 % детей – локальное ослабление дыхания, у 35,7 % – жесткое дыхание, а у 42,9 % – рассеянные сухие и влажные разнокалиберные хрипы. Признаки дыхательной недостаточности I-II степени регистрировали у 35,7 % больных. Повышение температуры тела до фебрильных цифр, которое сохранялось до 5-6 дня болезни, установлено у всех пациентов. Признаки умеренного интоксикационного синдрома, который проявлялся головной болью, слабостью, сонливостью, снижением аппетита, были выявлены у 71,4 % детей. Поражение верхних отделов респираторного тракта (фарингит, ринит, ларингит) установлено у 85,7 % пациентов. Увеличение до 1-1,5 см подчелюстных, передне- и заднешейных лимфатических узлов выявлено у 57,1 % пациентов. Отит диагностирован у 21,4 % детей. Внелегочные проявления микоплазменной инфекции были установлены у 32,2 % больных. Поражение пищеварительного тракта, которое проявлялось развитием диспептического либо абдоминального болевого синдромов, диареей регистрировали у 17,9 % пациентов. При дополнительном комплексном обследовании присоединения кишечной инфекции другой этиологии у данных пациентов было исключено. Миалгии выявляли у 14,3 %, а артралгии преимущественно в локтевых, коленных суставах – у 21,4 % детей. Появление пятнисто-папулезной сыпи вокруг суставов, а также на животе регистрировали у 14,3 % детей. Сыпь появлялась преимущественно в конце первой недели заболевания, не сопровождалась зудом, регрессировала бесследно. Рентгенологически в легких выявляли двусторонние, несимметричные очаги неомогенной инфильтрации, часто тяжистые,

Выводы. Таким образом, при пневмонии, микоплазменной этиологии у детей дошкольного возраста, проживающих на территории ДНР, характерным является подострое начало заболевания. Основной жалобой пациентов является наличие малопродуктивного длительного кашля, отсутствие локальной симптоматики в легких и формирование дыхательной недостаточности у трети пациента. Заболевание протекает на фоне фебрильной лихорадки, поражения верхних дыхательных путей, умеренного интоксикационного синдрома, увеличения лимфатических узлов. У трети пациентов диагностируются внелегочные проявления микоплазменной инфекции.

*Налетов С.В., Коньшева Н.В., Галаева Я.Ю.*

### **ЗНАЧЕНИЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭЛЕКТИВНЫХ КУРСОВ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СТУДЕНТАМИ ФАРМАКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

В настоящее время широко обсуждается вопрос о создании условий для повышения качества образовательного процесса. В связи с этим основным направлением развития образования в нашем Университете является формирование новой модели специалиста на основе качественно нового – компетентностно-ориентированного – подхода в обучении. Элективный курс – это обязательный учебный предмет по выбору студентов из образовательной программы вуза. Из всего перечня элективных учебных дисциплин, предлагаемого кафедрами вуза на каждый семестр, студент выбирает ту, которая отвечает его интересам или помогает более углубленно изучить обязательную.

Элективы являются составляющей вариативной части программы специалиста и относятся к некоммерческим дополнительным образовательным услугам. Перед элективными курсами ставятся следующие задачи:

- дополнить базовый или профильный учебный курс материалом, расширяющим и углубляющим его содержание;
- развить содержание одного из направлений базового или профильного учебного курса, что позволяет поддерживать интерес к выбранному предмету;
- способствовать формированию общемедицинской компетентности, которая обеспечивает готовность студентов к самоактуализации, активному изучению последующих предметов по специальности, будущей врачебной деятельности, а также профессиональную мобильность медицинских работников в новых социально-экономических условиях;
- ответить на запросы работодателей конкретного региона, что позволит решить вопросы трудоустройства будущих врачей;
- содействовать проектной деятельности студентов, ориентированной на будущую специальность. При этом содержание элективных курсов не должно дублировать содержание базовых дисциплин. Это «углубляющие» курсы, помогающие студентам более подробно изучить определенный раздел базового курса.

При изучении элективного курса преподаватель использует те же методы, формы и средства обучения, которые применяются на занятиях по основной дисциплине.

В соответствии со стратегией развития ДонНМУ на кафедре фармакологии и клинической фармакологии им. проф. И.В. Комиссарова был проведен анализ предметно-специализированных компетенций студентов 2

курса стоматологического и 6 курса педиатрического отделения медицинского факультета № 3. При этом предполагалось, что учебный процесс должен обеспечивать достижение результатов обучения, а программа - иметь механизм, обеспечивающий непрерывный контроль выполнения учебного плана и обратную связь для его совершенствования.

С учетом этого для указанных специальностей были введены элективные курсы. На основании имеющихся компетенций были разработаны рабочие программы, сформированы цели и задачи обучения на основе квалификационных требований к выпускнику. Предлагаемые элективные курсы на кафедре призваны акцентировать медицинскую направленность теоретической дисциплины с элементами профилактики (курс «Побочное действие лекарственных средств» для стоматологов), расширить и углубить знания студентов-педиатров 6 курса по выбранному ими направлению дальнейшей деятельности (курс «Применение лекарственных средств в педиатрии»).

Профильные инновационные элективы положительно оцениваются студентами и являются перспективной формой улучшения качества основной образовательной услуги при обучении по программам подготовки специалистов по направлениям «Стоматология» и «Педиатрия». Они могут быть рекомендованы к повсеместному применению на педиатрических и стоматологических факультетах.

**Никитенко Д.В., Джоджуа А.Г., Сайко Д.Ю., Никитенко С.Н.**

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

Кафедра неврологии и медицинской генетики

Кафедра медицинской физики, математики и информатики

### **«ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЛУПИРТИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА»**

Постгерпетическая невралгия тройничного нерва (ПГНТН) занимает одно из ведущих мест среди заболеваний нервной системы, существенно снижает качество жизни больных и приводит к стойкой инвалидизации трудоспособных людей.

Целью данной работы является оценка эффективности использования флупиртина в комплексном лечении ПГНТН.

Материалы и методы. Основную группу составили 38 пациентов (23 мужчины и 15 женщин) с ПГНТН, которые находились на стационарном лечении в клинике нервных болезней ДоКТМО в период с 2013-2018 гг. Средний возраст пациентов составил  $45 \pm 2,5$  лет. Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование магистральных сосудов головы и шеи, транскраниальная доплерография, консультация офтальмолога, консультация инфекциониста. Активных проявлений герпетической инфекции у пациентов не было и в комплексной противовирусной терапии пациенты не нуждались. В неврологическом статусе доминировала лицевая симпаталгия. В зависимости от выраженности болевого синдрома (по шкале ВАШ и частоте приступов боли), все больные были разделены на группы. В 1-ю группу вошли пациенты с выраженным болевым синдромом и частыми (ежедневными) болевыми пароксизмами, она состояла из 25 человек (15 мужчин и 10 женщин). Во 2-ю группу, вошли пациенты с умеренно выраженным болевым синдромом и пароксизмами средней частоты (2-4 раза в неделю), она состояла из 10 больных (7 мужчин и 3 женщины). 3-я группа, с легким болевым синдромом и редкими пароксизмами (1 раз в 7-10 дней), состояла из 3 пациентов (1 мужчины и 2 женщины). Флупиртин назначался в стандартной дозировке: 100 мг 3 раза в сутки или ретардная форма – 400 мг один раз в сутки. Длительность использования препарата составляла 2 недели, и только у 5 пациентов понадобился повторный курс через месяц в связи с возобновлением болевого синдрома. Контрольная группа состояла из пациентов с ПГНТН, в комплексном лечении которых флупиртин не использовался. По остальным показателям (интенсивность болевого синдрома, пол, возраст) контрольная группа была сопоставима с основной.

Оценка результатов лечения выявила уменьшение болевого синдрома практически у всех пациентов. Необходимо отметить, что после 1-2 суток использования флупиртина болевой синдром уменьшался незначительно, а с 3-4 суток отмечалось стойкое уменьшение болевого синдрома, что подтверждалось шкалой ВАШ, практически у всех пациентов. Так у пациентов 1-й группы к 3-4 дню лечения болевой синдром по шкале ВАШ уменьшился на 6,5% по сравнению с пациентами контрольной группы, уменьшилась и частота пароксизмов от ежедневной до средней частоты (2-3 раза в неделю), а к 10 дню лечения интенсивность болевого синдрома уменьшилась на 8,5%, а пароксизмы боли стали редкими. У пациентов 2-й группы к 3-4 дню комплексной терапии интенсивность боли уменьшилась на 7,3%, пароксизмы стали редкими, а к 10 дню лечения на 9,6%. Оценивая результаты лечения в 3-й группе, выявлено уменьшение интенсивности болевого синдрома к 3-4 дню лечения на 33%, что сохранялось к 10-му дню терапии, после окончания курса флупиртина пароксизмы не повторялись, но другие препараты комплексной терапии больные продолжали получать. Оценивая отдаленные (на протяжении 2-3 месяцев) результаты лечения, необходимо отметить, что спустя 3 недели после окончания курса флупиртина у 5 больных (пациенты из 1-й группы) возобновился болевой синдром, что потребовало повторного двухнедельного курса использования флупиртина в комплексном лечении.

Полученные данные позволяют рекомендовать использование препарата флупиртин в комплексном лечении больных с ПГНТН.

**Николенко О. Ю.**

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

## **ВОЗБУДИТЕЛИ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ЛЕГКИХ, И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ**

Обострения хронического обструктивного бронхита легких (ХОБЛ) могут вызывать как бактериальные, так и вирусные инфекции. К основным видам бактерий, вызывающих обострения ХОБЛ можно отнести: *H.influenzae*, *H.parainfluenzae*, *S.pneumoniae*, *M.cattarrhalis*, *K.pneumoniae*, *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas spp.*, *S.aureus*, реже встречаются другие энтеробактерии, включая *Acinetobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *E.coli*. Из вирусов обострения ХОБЛ вызывают: вирусы гриппа А и В, риновирусы. При нетяжелых формах заболевания в качестве основных возбудителей обострения (>60%) выступают грамотрицательные микроорганизмы - *H.influenzae*, *M. catarrhalis* и, реже *Enterobacteriaceae*. При лечении глюкокортикоидами *Mycobacterium marinum* может вызывать большую деструкцию ткани легких у пациентов с ХОБЛ. У больных ХОБЛ *S.pneumoniae* и нетипичная *H.influenzae* участвуют в формировании хронического воспалительного процесса в дыхательных путях и могут влиять на активность инфекционных обострений заболевания. Меньшее значение в этиологии обострения нетяжелых ХОБЛ отводится *S.pneumoniae*. В то же время, с последним ассоциируется наибольшее количество случаев такого обострения ХОБЛ, как пневмония. Колонизация/инфицирование условно-патогенной микрофлорой нижних дыхательных путей больных ХОБЛ (бактериями, дрожжевыми и плесневыми грибами) связана с развитием дыхательной недостаточности и тяжелого течения ХОБЛ.

Комплекс активных профилактических мероприятий при ХОБЛ профессиональной этиологии в постконтактный период должен, прежде всего, проводиться у работников с ранним (до 5 лет), а также с постконтактным периодом 5-9 лет для недопущения прогрессирования заболевания, сохранения работоспособности работников, улучшения качества их жизни.

Для профилактики гриппозной инфекции используются три типа инактивированных вакцин против гриппа: цельновирионные, расщепленные (сплит-вакцины) и субъединичные. Все вакцины содержат три штамма вируса гриппа (два - типа А и один - типа В). Их антигенная структура меняется каждый год в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Против обострений ХОБЛ, вызванных бактериями, используют макролиды, респираторные фторхинолоны, цефалоспорины и аминогликозиды. Выбор антибиотика должен определяться: 1) клинической ситуацией, анамнезом использования антибиотиков в ближайшие 6-12 мес; 2) активностью препарата против основных возбудителей инфекционного заболевания ХОБЛ; 3) активностью антибиотика в отношении *H.influenzae* и *S.pneumoniae*; 4) вероятностью антибиотикорезистентности у конкретного пациента; 5) фармакокинетикой препарата, взаимодействием с другими медикаментами; 6) режимом дозирования; 7) побочными эффектами; 8) стоимостью. Для повышения уровня иммунного ответа используют бактериальные лизаты.

Выводы: необходимо своевременно и правильно выявлять возбудителей, вызывающих обострения ХОБЛ и проводить профилактику данных обострений.

**Никонова Е.М.<sup>1</sup>, Шатохина Я.П.<sup>1</sup>, Лашина И.М.<sup>1</sup>, Пушкарский О.А.<sup>2</sup>, Денюк Е.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»

<sup>2</sup>ГУ ЛНР «Луганская городская многопрофильная больница №3»

## **ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ ПРОБЛЕМ В ОБЛАСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У СУБЪЕКТОВ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА**

**Актуальность.** В профессии врача существует множество трудностей, однако менее осозаемые, но не менее значимые проблемы лежат в области психоэмоциональной сферы человека, работающего врачом. Труд врачей анестезиологов один из самых тяжелых как физически, так и эмоционально. Во-первых, приходится находить общий язык как с пациентами с различными заболеваниями, так и с их родственниками. Во-вторых, от анестезиолога зависит жизнь больного на операционном столе, о чем постоянно приходится думать. В-третьих, по интенсивности информационной нагрузки работа анестезиолога сопоставима с трудом авиадиспетчера, когда необходимо контролировать всю ситуацию в операционной, а время выбора единственно правильного решения ограничивается, как правило, секундами. Неудовлетворенность своим трудом и хронический стресс приводят к определенной деформации личности, что, в свою очередь, переходит в синдром эмоционального выгорания. ВОЗ признает синдром эмоционального выгорания, как проблему, которая нуждается в медицинском вмешательстве.

**Цель:** выявить наличие и уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания у сотрудников отделения анестезиологии и интенсивной терапии.

**Материалы и методы.** Сбор информации осуществлялся с помощью анкетного опроса сотрудников отделения анестезиологии и интенсивной терапии. Опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» был разработан на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона и адаптирован Н. Е. Водопьяновой. Методика предназначена для диагностики «эмоционального истощения», «деперсонализации» и «профессиональных достижений». Анкетирование прошли 76 человек, из них 24 врача анестезиолога (32%) и 52 респондента (68%) - средний медицинский персонал отделения реанимационного профиля городской больницы.

**Результаты и их обсуждение.** Участники анкетирования оценивались по 3 критериям: эмоциональное истощение (ЭИ), деперсонализация (Дп) и редукция личных достижений (РЛД). Согласно полученным результа-

там выявлено, что врачи со стажем работы до 5 лет имеют: ЭИ - 32%, Дп - 30%, РЛД - 68%. Врачи со стажем от 5 до 10 лет: ЭИ - 46%, Дп - 33%, РЛД - 59%. Врачи со стажем свыше 10 лет: ЭИ - 39%, Дп - 37%, РЛД - 69%. Медицинские сёстры со стажем работы до 5 лет: ЭИ - 41%, Дп - 27%, РЛД - 73%. Медицинские сёстры со стажем от 5 до 10 лет: ЭИ - 50%, Дп - 37%, РЛД - 63%. Медицинские сёстры со стажем свыше 10 лет: ЭИ - 43%, Дп - 17%, РЛД - 77%. Очевидно, что больше всех эмоциональному истощению подвержены средний медицинский персонал и врачи со стажем работы от 5 до 10 лет. Деперсонализации более подвержены врачи со стажем работы свыше 10 лет и медицинские сестры со стажем от 5 до 10 лет. Редукция личных достижений максимально выражена у медицинских сестер со стажем работы до 5 лет и свыше 10 лет. У врачей прослеживается высокий уровень редукции личных достижений в подгруппах со стажем работы до 5 лет и свыше 10 лет.

**Выводы.** Профессиональная деятельность медицинских работников несет потенциальную угрозу развития синдрома эмоционального выгорания. Только должным образом заботясь о качестве своей жизни, проводя переоценку ценностей, находя источники вдохновения и восстановления можно остаться эффективным специалистом. Опросник может быть использован в практическом здравоохранении как в направлении оптимизации условий труда, так и в отношении профилактики накопления эмоционального напряжения.

**Орлова А.Г.**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»  
Кафедра военной медицины и медицины катастроф

### **ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У МИРНОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**

**Актуальность.** В условиях современного мироустройства проблемы различного характера стресса занимают важнейшее место в жизни человека. Особенно это касается периодов различных стихийных и техногенных катастроф, социальных кризисов, военных противостояний. Последнее в настоящее время стало крайне актуальным для нашего общества.

**Материалы и методы.** Обзор современной отечественной и зарубежной литературы.

**Цель.** Изучить выраженность симптомов посттравматического стрессового расстройства у населения, проживающего в условиях вооруженного конфликта для последующей разработки программ психологической реабилитации в период постконфликтного восстановления региона.

**Результаты.** Состояния людей, проживающих на территории развертывания вооруженного конфликта, варьируются от психической напряженности до острой стрессовой реакции. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является одним из видов психической дезадаптации вследствие воздействия на человека разнообразных психотравмирующих стрессоров высокой степени интенсивности. Вооруженный конфликт является психосоциальным стресс-фактором как для участников боевых действий, так и для мирного населения. В клинической картине присутствует «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах; пациент обнаруживает фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором. Наблюдается психогенная амнезия (частичная либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора) или стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости. При неблагоприятном течении ПТСР формирует стойкие изменения личности с эксплозивными и диссоциальными проявлениями.

**Выводы.** Важным является изучение выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства у населения, проживающего в условиях вооруженного конфликта, а также используемых ими копинг-стратегий с целью смягчения негативных последствий воздействия травматических событий для последующей разработки программ психологической реабилитации в период постконфликтного восстановления региона.

**Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Олейник Т.В., Черный О.А.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра офтальмологии

### **ЗНАЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГА В ДИАГНОСТИКЕ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ**

**Введение.** Каротидно-кавернозное соустье (ККС)—одно из тяжелых проявлений сосудистой патологии головного мозга, в клинической картине которого на первый план выступают изменения органа зрения: внешне возникающий экзофтальм, пульсация глазного яблока и дующий шум, который прослушивается в верхневнутреннем отделе орбиты. Однако, клиническая картина заболевания не всегда имеет классические симптомы. Это является причиной ошибочных диагнозов и приводит к неправильной тактике лечения. Пациенты с недиагностированными, длительно существующими ККС погибают в 7-15% случаев от поздних кровотечений: носовых, вследствие прорыва крови из перерастянутого кавернозного синуса в основную пазуху или кровоизлияний в головной мозг. Учитывая сложность диагностики ККС во многих случаях, редкость публикаций по этой патологии в литературе, считаем целесообразным поделиться нашими наблюдениями.

**Цель:** клиническая демонстрация случаев диагностики каротидно-кавернозного соустья в офтальмологической практике.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 6 пациентов в возрасте от 33 до 65 лет, которые безуспешно лечились по месту жительства и направлены в отделение микрохирургии глаза Донецкого клинического территориального медицинского объединения на обследование и лечение со следующими предварительными

диагнозами: тенонит, тромбоз вен орбиты, реактивный отек век, ретробульбарная гематома, новообразование орбиты. На основании анализа клинических симптомов, данных проведенных обследований у пациентов было заподозрено наличие ККС и была проведена катетеризационная субтракционная церебральная ангиография, в результате которой во всех случаях выявлено ККС разной степени выраженности.

**Результаты.** Помимо констатации факта наличия соустья, его локализации, изучали характер артериовенозного шунтирования, степень влияния на мозговую гемодинамику. Фистулы в 4-х случаях локализовались в области заднего колена сифона и в 2-х случаях в проксимальной части кавернозного сегмента внутренней сонной артерии. Спонтанные соустья развились у 3-х пациентов, травматические ККС отмечались у 2-х пациентов и в одном случае причиной формирования соустья был спонтанный разрыв аневризмы кавернозного сегмента внутренней сонной артерии. В результате проведенного эндоваскулярного хирургического лечения (баллонирования кавернозного отдела внутренней сонной артерии) у 6 пациентов наступило полное выздоровление

**Выводы.** Таким образом, проведенные наблюдения показали, что клиническая картина каротидно-кавернозного соустья может не иметь классических симптомов и вызывать затруднения в постановке диагноза, привести к неправильной тактике лечения. Кроме того, редкая встречаемость данной патологии является причиной низкой настороженности врачей офтальмологов в возможной диагностике каротидно-кавернозного соустья. Проведение церебральной катетеризационной ангиографии имеет решающее значение для верификации каротидно-кавернозного соустья и выбора способа его лечения. Для своевременной диагностики и благоприятного исхода лечения ККС необходима координированная деятельность окулиста, невропатолога и нейрохирурга.

*Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Олейник Т.В., Иващенко С.Е.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького», кафедра офтальмологии

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОБЛЕМНОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ**

**Введение.** Одной из главных задач, которую решает кафедра офтальмологии, является формирование у студентов высокого уровня клинического мышления, умения комплексно решать проблемы диагностики и лечения неотложных состояний в офтальмологии, офтальмологической патологии, которая может привести к неизлечимой слепоте. Поскольку традиционное обучение не всегда удовлетворяет современным требованиям, существует объективная необходимость применения новых методов, которые ближе к реальной профессиональной деятельности и помогают формировать профессионально-творческое мышление у студентов, подготовить их к самостоятельной врачебной деятельности.

**Цель:** повышение уровня знаний и активизация познавательной деятельности студентов путем организации учебного процесса в форме проблемного обучения.

**Материал и методы.** Темы лекционного курса на кафедре офтальмологии построены по проблемному принципу и раскрывают актуальные вопросы соответствующих разделов офтальмологии (преимущества и недостатки способов коррекции аметропий, тактика лечения глаукомы и др.). Принималось во внимание, чтобы проблемная ситуация вызвала интерес, желание разобраться.

**Результаты.** Проанализированы результаты проведения учебного процесса в форме проблемного обучения. На кафедре офтальмологии сформированы преимущества проблемной лекции:

- актуализация имеющихся у студентов знаний, необходимых для понимания диалога и участия в нем;
- создается проблемная ситуация, которая заставляет сравнивать разные точки зрения, делать выбор, присоединяться к той или иной из них, вырабатывать свою позицию;
- вырабатывается наглядное представление о культуре дискуссии, способах ведения диалога совместного поиска и принятия решений; выявляется профессионализм педагога, раскрывая его личность .

По окончании цикла проводилось анкетирование студентов. В 100% случаев студенты отметили, что проблемная лекция, как форма обучения, повышает интерес к изучаемому предмету, способствует лучшему усвоению темы и поиску новых подходов к решению диагностических и лечебных задач.

**Выводы:** Таким образом, приведенный опыт преподавания офтальмологии показал, что организация учебного процесса в форме проблемного обучения создает условия для активации у студентов мыслительного процесса, вызывает интерес к излагаемому материалу, значительно активизирует внимание и память, способствует развитию клинического мышления.

*Палкина А.А.<sup>1</sup>, Болгова И.И.<sup>1</sup>, Мухина В.И.<sup>1</sup>, Тулупова О.Н.<sup>1</sup>, Голямерьянц А.В.<sup>1</sup>,*

*Губенко О.В.<sup>2</sup>, Колесник Л.А.<sup>1</sup>, Колесник В.В.<sup>1</sup>, Ковалькова М.А.<sup>2</sup>*

ДОНЕЦКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ<sup>1</sup>, ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО»<sup>2</sup>

### **СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ КТ-АНГИОГРАФИИ КАК МЕТОДА УРГЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА**

В последнее десятилетие появилось множество новейших подходов в оказании помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения по ишемическому типу (И-ОНМК). Высокая скорость оказания диагностической помощи при данном заболевании значительно приближает время начала специфической терапии, минимизируя зону поражения вещества мозга.

Наиболее информативным при И-ОНМК является совместное использование магнитно-резонансной (МРТ) и компьютерной томографий (КТ), в том числе их методик - МР- и КТ-ангиографий (КТА), позволяющим оценивать уровень кровотока и состояние сосудистой системы головного мозга. В современных условиях Донбасса есть определенные сложности в сочетании этих методов.

Предоставляется случай проведения диагностического исследования при данной патологии в Республиканском нейрохирургическом центре с круглосуточно функционирующим кабинетом КТ.

Пациентка Б., 1947г.р., поступила в клинику нейрохирургии в ургентном порядке в 21.00 с жалобами на отсутствие движений в правых конечностях в течение 3 часов на фоне повышения артериального давления. В приемном отделении была осмотрена дежурным невропатологом и нейрохирургом, выставлен предварительный диагноз И-ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии (ЛСМА).

Основываясь на международных протоколах оказания помощи пациентам с И-ОНМК, была назначена КТ головного мозга в ургентном порядке, которая была проведена через 15 минут после поступления пациентки в клинику. По данным КТ выявлена обширная зона умеренно пониженной плотности вещества головного мозга в левой лобно-височно-теменной области и парасагиттальных отделах правой лобной области, компрессия левого бокового желудочка и субарахноидальных пространств левой гемисферы головного мозга, симптом «гипертензивной средней мозговой артерии» слева. Смещения срединных структур не выявлено.

Однако КТ-картина не соответствовала полностью клиническому диагнозу, так как были выявлены изменения в правой лобной доле, которая по стандартной анатомии не кровоснабжается из бассейна ЛСМА. Проведенная вскоре после нативного исследования КТ-ангиография головы выявила «ампутацию» М1 сегмента левой средней мозговой артерии, а также переднюю трифуркацию левой внутренней сонной артерии. После двух ургентных методов нейровизуализации – нативного КТ и КТ-ангиографии сосудов головы был выставлен окончательный диагноз И-ОНМК в левой лобно-височно-теменной области и парасагиттальных отделах правой лобной области, которое было вызвано тромбозом начальных отделов левой средней мозговой артерии и конечных отделов левой внутренней сонной артерии с наличием ее полной передней трифуркации, что обусловило ишемические изменения в правой лобной области. Ургентное обследование пациентки помогло быстро и точно выставить диагноз, начать специфическую тромболитическую терапию с последующим благоприятным исходом заболевания.

Выводы. КТ-ангиография является высокоинформативным методом ургентной нейровизуализации при И-ОНМК, особенно в тех случаях, когда клиническая картина не совпадает с данными нативного КТ при анатомических вариантах развития Веллизиева круга.

*к.м.н. Пантелеев Г.В., Суколенов С.С., Пантелеева В.Г., Стародубцева А.Ю.*

Офтальмологический центр «Corvis» г. Луганск, ул. Старых Большевиков, 21, corvis.com.ua

### **ОПЫТ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИКИ (SLT) В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ (ПОУГ).**

Проведено клиническое обследование 102 пациентов с различной стадией глаукомы и медикаментозно ненормализуемым ВГД, которым было проведено SLT для достижения давления цели (ДЦ). Показана высокая эффективность метода (94%), что позволяет позиционировать её как альтернативу хирургическому лечению.

The clinical examination of 102 glaucoma patients having high IOP and using different glaucoma eye drops before and after SLT was made. High effectiveness of this procedure, which reduced IOP in 94% of cases, was shown.

Несмотря на корректировку взглядов на этиопатогенез ПОУГ, снижение ВГД до уровня (ДЦ) является ключевым моментом в её лечении. На этот процесс направлены как терапевтические мероприятия различного механизма действия, так и хирургические усилия. Промежуточным этапом в этой цепи являются лазерные методы лечения. В последнее время в арсенале офтальмологов появилась SLT, действие которой основано на чистке «зашлакованной» трабекулы («омоложение» её).

Цель работы: анализ гипотензивного эффекта SLT в лечении различных форм и стадий ПОУГ.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование 102 пациентов (154 глаза) возрастом от 42 до 68 лет (70 женщин и 32 мужчин) при сроках наблюдения до 2-х лет, которые в зависимости от стадии и формы глаукомы распределились по группам:

Форма глаукомы	I стадия	II стадия	III стадия
Простая	21	36	19
Пигментная	12	24	8
Псевдоэксфолиативная	9	16	9
Итого	42	76	36

Уровень ВГД составил  $28,4 \pm 5,7$  мм.рт.ст. и не отличался существенно при различных формах ПОУГ, но больше зависел от стадии глаукомы. Большинство больных находилось на интенсивной гипотензивной терапии, включая 2-4 препарата с различным механизмом действия, 12 пациентов ранее перенесли гипотензивную операцию, у некоторых больных не был достигнут комплаенс в лечении. Показанием для проведения SLT явилось превышение ДЦ в зависимости от стадии глаукомы. Контроль ВГД осуществлялся через 1-3 месяца и дальше по возможности. Процедура SLT осуществлялась на лазере OPTIMIS II Quantel Medical (Франция) по стандартной методике: размер пятна – 400 мкм, средняя мощность энергии – 0,5-1,2 мДж, количество импульсов – 80-120 в диа-

пазоне 180° в нижнем сегменте УПКдо появления микропузырьков и взвеси пигмента. Осложнений при проведении процедуры не было, иногдаощущалось лёгкое покальвание. После процедуры использовался Диклофенак 0,1% при ранее подобранном гипотензивном режиме.

Результаты: контроль ВГД через 1месяц показал существенное его снижение в среднем на 8,4±3,2мм.рт.ст., что составило 29,8% от исходного. У 6 больных эффект был недостаточным. Все эти пациенты имели высокий уровень ВГД и III стадию глаукомы. После проведения повторнойSLT у 3 из них был достигнут желаемый результат, остальные были прооперированы. 12 пациентам (23%) отменена гипотензивная терапия, у 22 (42,3%) снижение её интенсивности.

Выводы: 1. Полученные результаты при сроках наблюдения до года свидетельствуют о высокой эффективности SLT - 94% пациентов было достигнуто ДЦ. 2. SLT может быть альтернативой хирургии глаукомы у больных с осложнённой соматикой или невозможностью комплаенса. 3. Для оценки отдалённых результатов SLT требуется дополнительное обследование.

*к.мед.н. Пантелеев Г.В., Суколенов С.С., Пантелеева В.Г., Стародубцева А.Ю.*  
Офтальмологический центр «Corvis» г. Луганск, ул. Старых Большевиков,21, corvis.com.ua

### **ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯЦИКЛОКОАКУЛЯЦИЯ (ТСЦК) В ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЕВОЙ ГЛАУКОМЫ**

Под наблюдением находилось 15 пациентов с терминальной болевой глаукомой различной этиологии и медикаментозно ненормализуемым ВГД, которым была проведенаТСЦК для стойкого снижения офтальмотонуса и купирования болевого синдрома.Показана высокая эффективность метода, у всех пациентов отмечено снижение ВГД и устранение болевого синдрома.

The floor was monitored by 15 patients with terminal pain glaucoma of various etiology and drug-abnormalisable IOP, which was performed by TSCC for persistent reduction of ophthalmotonus and relief of pain syndrome High affectivity of the method is shown, in all patients there is a decrease in Ring elimination of the pain syndrome

ТСЦК - лазерное лечение глаукомы, которое заключается в термической деструкции части цилиарного тела с целью снижения продукции водянистой влаги и внутриглазного давления (ВГД).Патогенетический механизм контактной диод-лазерной коагуляции цилиарного тела основывается на снижении продукции ВГЖ вследствие частичной атрофии цилиарного тела.Стимуляцияувеосклерального оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ) за счет посткоагуляционной воспалительной реакции.Однако исходное состояние, степень нарушения анатомо-топографической структуры цилиарного тела у пациентов с терминальной глаукомой может быть различной

Цель работы: анализ гипотензивного эффекта и купирование болевого синдрома методики ТСЦК в лечении терминальных болевых глауком.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование 15 пациентов (15 глаз) в возрасте от 55 до 68лет (5женщин и 10мужчин). Срок наблюдение более 1года. В зависимости от этиологии пациенты были разделены на несколько клинических групп. 1группа (7 пациентов) – вторичная терминальная болевая глаукома (ВТБГ) вследствие пролиферативной диабетической ретинопатии; 2 группа (6 пациентов) ВТБГ на фоне посттромботической ретинопатии; 3 группа (2 пациента) – терминальная болевая первичная глаукома.

При проведении ТСЦК использовался диодный лазер с длиной волны 810 нм, со стандартным рабочим наконечником 2,5 мм, который прикладывался перпендикулярно к склеральной оболочке в 1,5-2,5 мм от хирургического лимба, при этом оказывая давление на склеру и таким образом уменьшая рассеивание излучения и вызывая ишемию цилиарного тела. Выбор параметров лазерного излучения исходил из степени побледнения конъюнктивы и склеры в зоне точки воздействия, подтягивание края радужки по направлению к лимбу. После лазерного вмешательства была рекомендована инстиляция противовоспалительных капель в течении месяца.

Результаты:Через месяц у всех пациентов отмечено стойкое снижение ВГД (18-25 мм ртст) и отсутствие болевого синдрома. В 5 случаях из осложнений отмечено появление гифемы. Пациенты находятся под динамическим наблюдением в нашей клинике для контроля отдаленного ответа на ТСЦК и коррекции местного гипотензивного режима.

Выводы: ТСЦК простая и надежная процедура достижения гипотензивного эффекта и устранения болевого синдрома, имеющая несомненное преимущество перед другими методами по портативности и мобильности технического устройства.

*к.мед.н. Пантелеев Г.В., Суколенов С.С., Пантелеева В.Г., Стародубцева А.Ю.*  
Офтальмологический центр «Corvis» г. Луганск, ул. Старых Большевиков,21, corvis.com.ua

### **ОРТОКЕРАТОЛОГИЯ – ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ МИОПИИ**

Обследовано 90 пациентов от 6 до 35 лет, получавших ортокератологическую коррекцию в течении менее двух лет. Всем пациентам (172 глаза) были подобраны индивидуальные ортокератологические (ОК) линзы «CORVIS-CALCO». Отмечена высокая эффективность метода: у всех пациентов были отмечены высокие показатели зрительных функций и в 85% случаев достигнута стабилизация близорукости.

90 patients from 6 to 35 years old who received orthokeratological correction for at least two years were examined. All patients (172 eyes) were selected individual orthokeratological (OK) lenses «CORVIS-CALCO». The high effectiveness of the method was noted: all patients had high visual indices and in 85% of cases the stabilization of myopia was achieved.

Ортокератология – это метод временной коррекции аномалий рефракции с помощью специальных линз. Клиника «CORVIS» обеспечивает производство и подбор индивидуальных жестких газопроницаемых линз ночного ношения. За основу берется топографический снимок роговицы с последующей экстраполяцией в программу «CALCO». Преимущества такой линзы – это индивидуальный эксцентриситет, точное значение асферичности, индивидуальное формирование диаметра сферических зон и минимальная толщина линзы. Компьютерное моделирование задней и передней поверхности ОК-линзы обеспечивает максимальный эффект в подборе линз. Краевая зона создает достаточный обмен слезной жидкости под линзой при ее высокой газопроницаемости (95-100%).

Цель работы: анализ эффективности использования ОК-линз «CORVIS-CALCO» в лечении разной степени миопии.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование 90 пациентов (172 глаза) возрастом от 6 до 35 лет при сроках наблюдения в течении двух лет и более. В зависимости от степени миопии пациенты были разделены на группы: 1 группа – слабая степень 50 пациентов (45 глаз), 2 группа – средняя степень 33 пациента (32 глаза), 3 группа – высокая степень 7 пациентов (6 глаз). Также было разделение на группы по возрасту: 1 группа – 29 пациентов (6-10 лет), 2 группа – 34 пациента (11-20 лет), 3 группа – 27 пациентов (21-35 лет). Проводился анализ карточек ортокератологических пациентов, включавших результаты биомикроскопии переднего отрезка, визометрии, резервы аккомодации, характер зрения, авторефрактометрии, ультразвукового исследования (измерение передне-заднего отрезка глаза) и кератотопографии в динамике.

Результаты: Выявлено, что при ношении ОК-линз в течении двух лет, у всех пациентов были достигнуты высокие результаты зрительных функций, улучшение качества зрения в сравнении с использованием очковой и мягкой дневной контактной коррекцией. У 85% пациентов отмечено стабилизация близорукости (параметры линз по рефракционному показателю не менялись в течении срока наблюдения, стабильные данные ПЗО). У 15% наблюдалось прогрессирование миопии в пределах 0,25-0,5 диоптрий в год.

Выводы: 1. Кератотопограмма обеспечивает индивидуальность подбора ОК-линз пациенту. 2. Компьютерное моделирование задней и передней поверхности ОК-линзы создает максимальный эффект при подборе линз. 3. Полученные результаты при сроках наблюдения в течении более двух лет свидетельствуют о высокой эффективности линз «CORVIS-CALCO» в лечении миопии.

*Пархомчук Д.С.*

ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (ЛРЦЭМП/МК)

### **ПЛАН ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛНР В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА**

Основная цель лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) населения - сохранение жизни, восстановление трудоспособности и снижение инвалидности у возможно большей части пораженных (больных) в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Цель исследования: разработка Плана ЛЭО населения Луганской Народной Республики (ЛНР) в условиях локального вооруженного конфликта.

Мы исходили из результатов собственного опыта ликвидации последствий активных боевых действий на Донбассе (лето 2014 – весна 2015) и повседневной работы скорой медицинской помощи (СМП) в условиях незавершенного вооруженного конфликта в ЛНР на сегодняшний день. К основным принципам ЛЭО в условиях локального вооруженного конфликта, которые стали основой разработанного нами Плана, мы отнесли своевременность оказания медицинской помощи и принцип преемственности (последовательности) в работе на всех этапах МЭ, а также правильную координацию по взаимодействию медицинских формирований службы медицины катастроф учреждений здравоохранения подведомственных Минздраву ЛНР, с другими органами исполнительной власти, ведомствами и службами.

Разработанный нами План включает карту ЛНР с разделением территории на секторы, схему этапов МЭ, алгоритмы по обеспечению лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий; инструкции по медицинской защите населения и специалистов, работающих в очаге; положения по снабжению медицинским имуществом медформирований и организаций. План также может применяться в повседневной деятельности скорой помощи при ДТП и других ЧС с массовым количеством пострадавших; МЭ пациентов в медицинские организации; экстренную доставку в зону ДТП, очаг ЧС и в медицинские организации узкопрофильных медицинских специалистов, медикаментов, препаратов крови, расходных материалов и др.; поддержание в постоянной готовности имеющихся сил и средств отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации к работе по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС; внедрение в практику новых технологий оказания медицинской помощи (в т.ч. телевидеомедицины).

План представлен четким алгоритмом действий медиков и работников других ведомств по обеспечению МЭ пострадавших из очага в безопасное место. Так, к примеру, функцию первого этапа МЭ будет выполнять пункт экстренной медицинской помощи (ПЭМП), который может быть развернут как в самом очаге (на границе) ЧС, так и за его пределами. Первый этап МЭ включает прием и сортировку пораженных, которые, на ПЭМП доставляются спасателями из очага ЧС; далее здесь оказывается регламентируемая медицинская помощь, проводится подготовка к дальнейшей эвакуации. Второй этап МЭ представлен собственно ЛПУ городов (квалифицированная и специализированная медицинская помощь) и медицинскими организациями республиканского уровня (высокотехнологическая помощь).

Что касается первой помощи, то непосредственно в самом очаге ЧС она должна оказываться спасателями (МЧС, МВД, Народная милиция и тд.). Затем пораженный доставляется в безопасное место (к месту сортировки), откуда осуществляется дальнейшая МЭ. Медицинскую помощь на границе очага (в ряде случаев и в зоне ЧС) будут оказывать бригады 1-й очереди СМП ЛРЦЭМПМК. Как показали результаты совместных со смежными службами и ведомствами учебных тренингов и анализ плановой работы выездных бригад СМП в повседневном режиме, разработанный нами План ЛЭО населения в ЛНР в условиях локального вооруженного конфликта универсален и рационален для применения в разных регионах ЛНР.

*Пархомчук Д.С.<sup>1</sup>, Василенко О.Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (ЛРЦЭМПМК),

<sup>2</sup>ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №7»ЛНР

### **ПРЕДПОСЫЛКИ СОЗДАНИЯ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ В ЛНР**

В работе указаны предпосылки создания больницы скорой медицинской помощи (БСМП) для оказания *круглосуточной экстренной медицинской помощи* населению Луганской Народной Республики (ЛНР) в условиях локального вооруженного конфликта.

*Круглосуточная экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе* в ЛНР оказывается выездными бригадами скорой помощи Луганского республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (Центр). Анализ показателей, отражающих работу Центра сегодня, позволяет считать оправданным преобразование скорой помощи в единую структуру в условиях незавершенного вооруженного конфликта (снижения времени ожидания помощи (повышение доступности услуг) и рост оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи (рост профессионализма медиков).

*Круглосуточная экстренная медицинская помощь на госпитальном этапе* в ЛНР оказывается в 20 городских больницах, круглосуточно принимающих пациентов своего района (города). В ряде случаев на стационарном этапе врачи прибегают к помощи специалистов отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ОЭИПКМПМЭ) Центра. Основной задачей отделения является обеспечение круглосуточной готовности медслужб к оказанию помощи высококвалифицированными специалистами при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях больным (пострадавшим), находящимся на лечении в учреждениях, где отсутствует возможность оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи. Финансовое обеспечение таких мероприятий проводится за счет средств госбюджета ЛНР. Создание ОЭИПКМПМЭ именно на базе Центра позволило увеличить объемы плановой и экстренной специализированной медицинской помощи населению и улучшить ее качество, поскольку штат сотрудников данного отделения включает узкопрофильных специалистов разных учреждений здравоохранения (а не только республиканской больницы, как было до включения отделения в структурное подразделение Центра). Более совершенной также стала нормативная база, регламентирующая работу данного отделения, а единое руководство Центра способствует четкой организации работы и постоянному аудиту ее качества. В режиме постоянной готовности находятся неонатальная, хирургические, травматологическая, нейрохирургическая, кардиологическая, акушерско-гинекологическая и реанимационная бригады. Опыт показывает, что своевременность начала специализированной помощи уменьшает финансовые затраты на курс лечения на 37-42%, что имеет существенное значение для Республики.

Так, например, пациент с подозрением на инсульт от момента первого контакта с врачом на дому (выездная бригада Центра) до его госпитализации, может на протяжении первых, и самых опасных часов по прогрессированию заболевания, с целью только диагностического консультирования, стать временным пациентом 3-4 больниц, при этом в медицинской эвакуации будет задействовано 2-3 общепрофильные бригады Центра, в т.ч. и специализированная. Причем лечебные мероприятия на этапах эвакуации нередко проводятся только выездным персоналом скорой помощи. Такая маршрутизация, пациента с инсультом не улучшает прогноз ни для его жизни, ни для здоровья. Это также способствует значительным финансовым затратам, неоправданному расходу ГСМ, нерациональному использованию специализированного автотранспорта, в т.ч. привлечению специализированных бригад для перегоспитализации пациента из одного стационара в другой. Вполне понятно, что эти вопросы более качественно можно решать в одном медицинском учреждении (БСМК), где были бы сконцентрированы узкие специалисты, имелась бы полноценная круглосуточная лаборатория и диагностическая аппаратура. В идеале БСМП должна состоять в одной организации с Центром медицины катастроф.

*Пархомчук Д.С.<sup>1</sup>, Удовика Н.А.<sup>2</sup>, Гавриленко Н.Ф.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (ЛРЦЭМПМК)

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

### **ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Цель исследования: анализ собственных данных по оказанию помощи беременным с гипертензией и преэклампсией (ПЭ) на догоспитальном этапе.

Нами проведен ретроспективный анализ 110 карт вызовов скорой помощи ЛРЦЭМПМК с поводом к вызову «беременность - давление», «беременность - головная боль», «беременность - угрожающее состояние для плода», «беременность - кровотечение», «беременность - нарушение зрения», «беременность - судорожный припадок», «беременность - кофейная рвота». Срок гестации до 26 недель имел место в 4,6% случаев, 26-28 недель -

7,4%, 29-34 недели – 56,2%; 34-37 недель – в 10%, более 37 недель – в 21,8%. В 57% случаев пациентки были старше 29 лет. Моносимптомная гипертензия выявлена у 35 (31,8%) беременных, умеренная ПЭ – у 42 (38,2%), тяжелый гестоз – у 29 (29,6%), эклампсии – у 4 (0,4%). В 27 (24,5%) случаях бригады ЛРЦЭМП и МК были вызваны в женские консультации города для стабилизации состояния больной беременной и проведения медицинской эвакуации. Другие 56 (51%) пациенток скорую помощь вызывали самостоятельно (или их родственники) на дом по причине появления у беременной характерных жалоб (головная боль, головокружение, общая слабость; «мелькание мушек», «пелена и туман»; боли в эпигастральной области и правом подреберье; опоясывающие боли; судороги). У остальных 27 (24,5%) женщин, находящихся в родильных отделениях второго уровня, значительно ухудшилось состояние и родоразрешение целесообразно было провести в Перинатальном центре (вызов специализированной акушерско-гинекологической и анестезиологической бригады ЛРЦЭМП и МК для стабилизации состояния и медицинской эвакуации).

На догоспитальном этапе выездной персонал бригад выполнял следующий алгоритмированный объем медицинской помощи: оценка тяжести состояния пациентки (гестоза) по уровню артериального давления, сознания, наличие головной боли, судорог, одышки, болей в животе, кровотечения из родовых путей; оценка состояния плода по аускультации. Обеспечивался венозный доступ. Почти во всех случаях вводился раствор 25% сульфата магния болюсно (4 г в течение 10 минут) с обязательной инфузией поддерживающей дозы. Катетеризация магистральных вен (подключичной, яремной) у пациенток с ПЭ на догоспитальном этапе нами не проводилась (показана только при развитии декомпенсированного шока). При уровне артериального давления >140/90 мм рт.ст. назначался метилдопа или нифедипин орально. При судорогах обеспечивалась проходимость дыхательных путей. В случае отсутствия сознания и/или серии судорожных приступов – производился перевод на ИВЛ в условиях анестезиологического обеспечения. Массивная инфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды) нами проведена в 5 (4,5%) случаях при геморрагическом шоке (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

В процессе медицинской эвакуации беременной с гестозом, врач бригады скорой помощи оповещал диспетчера ЛРЦЭМП и МК для заблаговременного информирования дежурного врача родильного стационара, куда эвакуировалась беременная. В 20% случаях помощь на догоспитальном этапе оказалась не полной (не выполнена катетеризация периферической вены, не назначен антигипертензивный препарат, не оценено сердцебиение плода, не учтен срок гестации для определения учреждения для госпитализации, занижена степень тяжести гестоза). Для успешной работы медиков догоспитального звена необходимо создание клинического протокола усилиями служб скорой и акушерско-гинекологической помощи, который должен четко отражать маршрутизацию данной категории пациентов. Перспективны совместные занятия и тренинги служб скорой медицинской помощи, акушерско-гинекологической, неонатальной и реанимационной служб.

*Пархомчук Д.С.<sup>2</sup>, Никонова Е.М.<sup>1</sup>, Шатохина Я.П.<sup>1</sup>, Оберемок С.Е.<sup>1</sup>, Волков Е.С.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ЧУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»

<sup>2</sup>ТУ ЛНР «Луганский республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (ЛРЦЭМП и МК)

### **МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Главной задачей лечебных мероприятий при остром коронарном синдроме (ОКС) является сохранение жизнеспособности миокарда и скорейшее восстановление его функции, чему способствует минимизация временного фактора до начала реперфузионной терапии.

Цель работы: анализ организации помощи при ОКС на догоспитальном этапе в ЛНР.

Нами проанализированы 380 этапных протоколов оказания помощи пациентам с жалобами на загрудинную боль на догоспитальном этапе. Мужчин было 247 (средний возраст 42,5±6,4 года), женщин – 133 (58,3±4,8 лет). Инфаркт миокарда в анамнезе имел место в 21% случаев у мужчин и в 12,8% - у женщин; нарушенная функция левого желудочка отмечалась в 9,3% и 6,8% случаев соответственно. Ожирение диагностировано у 67 (27,2%) мужчин и 32 (24%) женщин, артериальная гипертензия – в 85 (34,4%) и 42 (31,7%) случаях соответственно. Логистика оказания помощи у наблюдаемых больных включала 1) снятие ЭКГ, 2) адекватное обезболивание и 3) решение вопроса о первичном чрезкожном вмешательстве (ЧКВ) (стентировании) и проведении тромболитической терапии. У всех пациентов по данным ЭКГ, которая снималась в 12 отведениях в покое через 2-5 минут после первого медицинского контакта с пациентом, выявлен ОКС. Показаниями для лечения являлись такие ЭКГ-критерии: новая или считающаяся таковой элевация ST в точке J в двух и более последовательных отведениях ЭКГ, с точкой максимального удаления от изолинии более 0,2 мВ или более 2 мм в отведениях V1-V2-V3 и более 0,1 мВ (более 1 мм) в остальных отведениях; новая блокада левой ножки пучка Гиса (желательно совместно с другими признаками инфаркта миокарда).

Купирование болевого синдрома при ОКС нами осуществлялось путем внутривенного введения морфина и/или нитроглицерина. Далее в 64,7% случаев проведен тромболитизис с использованием фортеплазе. Мы считаем, что весьма эффективным является одномоментное применение трех доз фортеплазе, а наилучший результат был отмечен, если препарат вводить в течение первых трех часов от начала ангинозного приступа. Случаев развития побочных эффектов, заявленных в аннотации, нами не отмечено. Однако, имели место случаи не восстановления кровотока по данным ангиографии, хотя элевация сегмента ST уменьшалась более чем на 50% от исходного уровня по данным ЭКГ.

Остальные 35,3% больных, из числа наблюдаемых получили лечение по протоколу без реперфузии (чаще,

в силу позднего обращения за медицинской помощью). После выписки им рекомендовалась коронароангиография для решения вопроса о стентировании (шунтировании или других методах восстановления кровоснабжения миокарда).

Индивидуальный анализ показал, чем старше пациент или инфаркт миокарда расположен по передней стенке или длительность ангинозного приступа свыше 3 часов (но не более 12 часов), тем более оправдано проведение, прежде всего, стентирования (ЧКВ). Отмечено также, что на всех этапах сопровождения пациента с ОКС с догоспитального этапа целесообразен контроль специалиста консультативно-диагностического центра относительно тактики ведения (по стационарному телефону, мобильной связи или скайпу с дистанционной передачей ЭКГ и др.), которую в ЛНР осуществляют специалисты Республиканского кардиологического диспансера и непосредственно ЛРЦЭМП и МК.

В ЛНР в условиях локального вооруженного конфликта существуют определенные трудности в оказании помощи больным с ОКС, связанные с социально-экономическими и политическими обстоятельствами, когда периодически имели место дефицит тромболитиков и изделий медицинского назначения (стендов). Решение этих вопросов входит в перечень первоочередных задач при разработке программы медико-санитарного обеспечения населения в условиях сложившейся ситуации.

*Пащенко Наталья Александровна, исполняющий обязанности министра здравоохранения Луганской Народной Республики*

**О РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Сеть подведомственных Министерству здравоохранения Луганской Народной Республики учреждений представлена 107 государственными учреждениями здравоохранения, в том числе 92 медицинских учреждения (*оказывающих только амбулаторно-поликлиническую помощь – 21, стационарную помощь – 7, смешанного типа – 49, и прочих – 15*), 13 учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора, государственный медицинский университет, а также государственное унитарное предприятие фармацевтического профиля – Государственное унитарное предприятие Луганской Народной Республики «ЛУГМЕДФАРМ».

Медицинскую помощь населению Республики оказывают свыше 4,1 тысячи врачей и 10,2 тысячи средних медицинских работников.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению оказывается в 70 учреждениях по более, чем 60 врачебным специальностям. Коечный фонд учреждений здравоохранения составляет 13375 коек, на которых оказывается медицинская помощь по 60 профилям. В течение 2018 года зарегистрировано свыше 9,5 млн. амбулаторных посещений, стационарную помощь получило более 200 тыс. человек, выполнено свыше 73 тыс. оперативных вмешательств, принято более 4,4 тыс. родов.

Благодаря братской помощи Российской Федерации внедряются современные высокотехнологичные медицинские технологии. Так, например, в Перинатальном центре ГУ «ЛРКБ» ЛНР применяются современные методы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела, а благодаря качественной работе медико-генетической консультации эффективно действует система раннего выявления врожденных пороков развития плода.

В текущем году удалось добиться стабилизации показателей заболеваемости социально-значимыми заболеваниями: злокачественными новообразованиями, туберкулезом.

Младенческая смертность снизилась в сравнении с прошлым годом на 4,3%.

С целью профилактики младенческой смертности Министерством здравоохранения организована своевременная госпитализация беременных женщин из группы высокого риска в перинатальные центры Республики с обязательным проведением профилактики синдрома дыхательных расстройств. Проводится активная совместная работа с управлениями по делам семьи и молодежи городов и районов, криминальной полицией и Центрами социальной службы по вопросам предупреждения младенческой смертности в социально дезадаптированных семьях. В случаях сложной врожденной патологии дети направляются в клиники Российской Федерации (*за 9 месяцев 2018 года оказана помощь 5 новорожденным*).

Несмотря на значительные трудности кадрового и материально-технического обеспечения удалось обеспечить высокий уровень и доступность оказания экстренной медицинской помощи (при количестве бригад на 10 тысяч населения 0,68 выполнено почти 1,6 тысячи вызовов на 10 тысяч населения).

Министерством здравоохранения проводится системная работа по развитию и укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения:

- открыты высокоспециализированные отделения в республиканских клинических больницах;
- получено и запущено в эксплуатацию современное медицинское оборудование в республиканских клинических больницах и онкологическом диспансере;
- получено по гуманитарной помощи медикаментов и изделий медицинского назначения в текущем году на сумму более 532 млн. руб.;
- за период с 2014 по настоящее время восстановлено свыше 90 объектов здравоохранения.

Республиканские учреждения здравоохранения активно участвуют в реализации Гуманитарной программы по воссоединению народа Донбасса. Получили высококвалифицированную медицинскую помощь более 1,5 тысяч больных, в том числе по программе «Родовспоможение» - 128 женщин и 18 детей, 225 пациентам оказана онкологическая помощь.

За 9 месяцев 2018 г. в высокоспециализированных клиниках Российской Федерации было пролечено 27 детей из Луганской Народной Республики.

В рамках интеграционной программы в текущем году 156 руководителей и специалистов государственных учреждений здравоохранения Республики приняли участие в 70 международных научно-практических конференциях, съездах, форумах, конгрессах и других мероприятиях (гг. Москва, Санкт-Петербург, Белгород, Курск, Екатеринбург и др.). Проведены 2 международных видеоконференции, в которых участвовало 378 специалистов.

Уважаемые участники форума. Одним из важных событий этого года стала недавняя встреча глав Донецкой и Луганской Народных Республик, на которой были определены основные направления взаимодействия наших республик. В этом залог нашего будущего, в этом основа наших последующих достижений. Совместная работа учреждений здравоохранения наших республик позволит успешно осуществлять деятельность по сохранению и укреплению здоровья народа Донбасса, противостоять агрессии Украины. И сегодняшний форум - один из шагов на этом пути.

Разрешите пожелать вам плодотворной работы на заседаниях форума, научных и практических успехов, творческих озарений и их реализации.

**Петренко А.С., Скоробогатый Р.В., Колесников А.Н.**

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

Кафедра «Анестезиологии, реаниматологии и неонатологии»

Научный руководитель: д-р мед. наук Колесников А.Н

### **ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ТРАВМА. ВИДЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДОВ**

Актуальность темы: Электрические травмы - это редкие, но потенциально опасные для жизни чрезвычайные ситуации. Высоковольтные повреждения (ВП) приводят к обширным глубоким повреждениям тканей и микрососудистой коагуляции. Низковольтные повреждения (НП) вызывают злокачественную сердечную аритмию и имеют высокую частоту неврологических осложнений. Обширный мышечный некроз и рабдомиолиз, как следствие электрических травм, могут приводить к острой почечной недостаточности, нарушениям коагуляции, компартмент-синдрому и ампутации конечностей.

Цель: Изучить помощь в догоспитальном этапе, принципы госпитализации, интенсивную терапию, хирургические вмешательства при ожоговой травме и результаты лечения пациентов.

Материалы и методы: Нами был проведен обзор статьи, в которой были проанализированы базы данных двух ожоговых центров в Центральной Германии в период с 01/1998 до 12/2015. В анализ входило: сравнение ВП и НП в отношении демографических данных, диагностических показателей, таких как сывороточные креатинин-киназы (СК) и уровни миоглобина в течение 4 дней после травмы и результаты лечения.

Результаты и обсуждение: Пациенты с ВП имели более высокие показатели заболеваемости и смертности, чем пациенты с НП. Больным с ВП требуется более обширная ожоговая хирургия и более сложная ожоговая интенсивная терапия, что связано с высоким риском развития острой почечной недостаточности и компартмент-синдрома. Независимыми предикторами смертности от электрического повреждения (ВП и НП) были дни вентилиации, количество хирургических вмешательств и частота ампутации.

Частота догоспитальной сердечной аритмии у больных с ВП (13%) сопоставима с больными НП (11%). Сердечная аритмия после госпитализации наблюдалась только у 2,5% пациентов, не угрожала жизни и не требовала никаких вмешательств.

При ВП маркерами рабдомиолиза являются сывороточный миоглобин и СК. Уровни миоглобина были связаны с длительностью действия высоковольтного тока, ожоговой площадью поверхности тела, продолжительность пребывания в ожоговом отделении, днями вентилиации, количеством вмешательств, ампутацией. Самый высокий уровень миоглобина наблюдался при госпитализации, в отличие от уровня СК, который увеличивался до 2-го и 3-го дня после госпитализации, а последующие дни снижался. Следовательно, СК при поступлении пациента не может адекватно отражать тяжесть травмы, в отличие от миоглобина.

Самые высокие показатели СК были получены на 2 и 3 день с ожогами от 21 до 40% поверхности тела. У всех пациентов с ожоговой площадью поверхности тела > 41% максимальный уровень СК был в день приема и снижался не позднее третьего дня.

Исследования показали, что рабдомиолиз был одной из причин приводившей к ампутации и что ампутация независимо являлась предиктором смертности.

Выводы: Исходя из проанализированных данных можно сделать вывод, что пациенты с ВП подвергаются более высокому риску развития серьезных осложнений. Независимыми предикторами смертности являются дни вентилиации, количество хирургических вмешательств и ампутации. Уровни миоглобина и СК отражают тяжесть травмы и могут прогнозировать более тяжелые клинические проявления. Задержка в увеличении уровня СК скорее всего связана с ожоговой площадью поверхности тела и другими факторами, которые предстоит выяснить.

*О.М. Петруня, Г.В. Степаненко, И.В. Соловьёва, И.В. Хворостяная, Е.П. Коробчинская*  
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»  
ГУ «ЛУГАНСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЛНР

### **НЕТИПИЧНЫЙ СЛУЧАЙ ТОКСИЧЕСКОГО НЕЙРОРЕТИНИТА У ПОДРОСТКА НА ФОНЕ ПРИЁМА ЭНЕРГЕТИКОВ**

**Актуальность.** Энергетические напитки («энергетики», «энерготоники») - безалкогольные или слабоалкогольные напитки, в рекламной кампании которых делается акцент на их способность стимулировать центральную нервную систему человека и/или антиседативный эффект.

Практически все данные напитки содержат тонизирующие вещества, чаще всего кофеин (иногда вместо кофеина экстракты гуараны, чая или мате, содержащие кофеин, или же кофеин, но под другими названиями: матеин, теин), и другие стимуляторы: теобромин и теofilлин (алкалоиды какао), тоже являющиеся гомологами кофеина, а также нередко витамины, кроме того, в качестве легкоусваиваемого источника энергии - углеводы (глюкозу, сахарозу) т.д. В последнее время добавляется серосодержащая аминокислота таурин. Кроме того, в состав «энергетиков» входят различные красители и консерванты, например E330, E331, E1520, E1518, E414, E221, E129.

Установлено, что токсическое действие вышеуказанных растворителей и таурина, усиливается действием стимуляторов, в частности кофеина.

**Цель.** Изучение нетипичных изменений сетчатки у подростка на фоне применения энергетиков.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилась подросток 16 лет с жалобами на снижение зрения, искажение предметов на левом глазу. Из анамнеза: впервые отмечено снижение зрения с июня 2016г. В период с июня по август употребляла энергетические и алкогольные напитки.

Подросток болезненный, частые ОРВИ. В раннем возрасте выявлен доброкачественный пигментный гепатоз (болезнь Жильбера, дискинезия желчного пузыря).

При поступлении были следующие функциональные показатели: острота зрения - правый глаз - 1,0, левый - 0,5 н.к.; пневмотонометрия - правый глаз - 17 мм рт.ст., левый - 18 мм рт.ст.; цветоощущение - нормальный трихромат; периметрия - без патологических изменений.

Были проведены следующие офтальмологические обследования: визометрия, периметрия, рефрактометрия, пневмотонометрия, офтальмомобиомикроскопия с оптической линзой 90Д и 78Д, фотографии глазного дна с регистрацией на фундус камере Торсон TIC-NW7SF и обширные общеклинические исследования.

Проводилось лечение в стационаре получала общую и местную терапию.

При выписке: острота зрения правый глаз - 1,0, левый - 0,7 н.к.; пневмотонометрия - правый глаз - 17 мм рт.ст., левый - 18 мм рт.ст.; периметрия - без патологических изменений. Офтальмоскопия и оптическая когерентная томография - без динамических изменений.

**Обсуждение.** Таким образом, учитывая жалобы данной пациентки, анамнез жизни и заболевания, результаты офтальмологических и общеклинических обследований в динамике, можно с высокой долей вероятности предположить, что «пусковым фактором» возникновения нейроретинита в этом случае, стало употребление энергетических напитков. Причем плацдармом для прогрессирующего поражения органа зрения, явилось серьезное нарушение дезинтоксикационной функции печени на фоне болезни Жильбера.

**Выводы.** Учитывая химически многообразный и высококонцентрированный состав энергетических напитков, можно сделать вывод о наличии токсического влияния последних, как на организм в целом и органа зрения. Данный подросток находится под нашим наблюдением.

*О.М. Петруня, Г.В. Степаненко, Г.В. Пантелеев, Е.П. Коробчинская*  
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»,  
офтальмологический центр «Corvis»

### **СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРЕБЫВАНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ИНОРОДНОГО В ГЛАЗУ**

**Актуальность.**

Металлоз глаза - это ряд патологических изменений возникающих при длительном влиянии на глаз различных сплавов металлов, со своеобразной клинической картиной, когда признаки, патогномоничные для сидероза или халькоза, отсутствуют.

Факторы химического воздействия металла на глаз: величина и форма осколка, характер реакции на травму, в зависимости от конституции раненного, склонность к аллергическим реакциям.

Любой случай металлоза индивидуален, зависит от свойств металла, места нахождения инородного тела, химической активности, времени пребывания в глазу.

**Цель и задачи исследования.**

Изучить изменения глаза связанные с длительным пребыванием внутриглазного инородного тела.

**Материал и методы.**

Под нашим наблюдением находился пациент с жалобами на снижение зрения и «туман» на правом глазу. Из анамнеза: проникающее ранение правого глазного яблока 5 лет назад, травма бытовая, было проведена первичная хирургическая обработка раны (ПХО), на рентгенограмме правого глаза инородного тела не выявлено.

Больному проводилось стандартное офтальмологическое обследование: исследование остроты и поля зрения, пневмотонометрия, рефрактометрия, офтальмомобиомикроскопия с оптической линзой 90Д и 78 Д, В -

сканирование, ОКТ, МРТ правой орбиты. Регистрация дегенеративных изменений в сетчатке проводилась на фундус камере фирмы Topcon TIC-NW7SF.

Результаты и обсуждение.

При обследовании: острота зрения - 0,3н.к. На щелевой лампе было обнаружено инородное тело с металлическим блеском на 11 часах в проекции плоской части цилиарного тела в 5 мм от лимба, под конъюнктивой, имбибирванное в склере. На глазном дне: ДЗН бледно-розовые границы чёткие, сосуды сужены, в макулярной области определяются серо-зеленоватое окрашивание сетчатки, макулярный и фовеолярный рефлекс стерты.

Пациенту было проведено хирургическое (удаление инородного тела) и противовоспалительное лечение в послеоперационном периоде. Размеры инородного тела 3x4x1,5 мм, вид металла – сплав, конъюнктивальные швы сняты через неделю.

Через год после лечения пациент явился на контрольный осмотр, зрительные функции восстановились (острота зрения 1,0), картина глазного дна в пределах нормы (Фото 2).

Выводы.

Наш клинический случай показал изменения глаза при длительном пребывании амагнитного инородного металлического тела в глазу (5 лет), вовремя не диагностированного.

На момент обращения нами был выявлен развитой металлоз глаза с наличием дегенеративных изменений на сетчатке, снижение остроты зрения (0,3) и дефектами поля зрения.

После хирургического удаления инородного тела все симптомы металлоза у данного пациента полностью нивелированы, учитывая молодой возраст и отсутствие серьезных хронических заболеваний у больного.

Любой металлоз глаза необходимо лечить.

*О.М. Петруня, И.В. Хворостяная, Е.П. Коробчинская*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», ГУ «ЛУГАНСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЛНР

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ПО МЕТОДИКЕ В.Ф. БАЗАРНОГО**

**Актуальность.** Главным ресурсом любой страны, одним из гарантов её национальной безопасности является образование, как основа полноценного развития личности. Физическое и духовно-нравственное здоровье населения определяет уровень цивилизации государства, является индикатором устойчивого развития нации. Образовательное учреждение на современном этапе развития общества должно стать важнейшим звеном в формировании и укреплении здоровья обучающихся.

**Цель работы.** Провести обследование детей младшего школьного возраста для выявления скрытой патологии органа зрения, особенностей строения оптического аппарата глаза, генетической предрасположенности к снижению зрения, условий для астигматизма и просчитать риски возможного снижения зрения.

**Материалы и методы.** Всего осмотрено – 54 ребенка (ученики 1 класса СШ №30) в период с 29.01.2018г. по 08.02.2018г. Всем детям было проведено развернутое офтальмологическое обследование, включающие в себя проверку остроты зрения и авторефрактометрии (AR) с помощью аппарата HUVITZ HRI7000. Всем детям, для выявления скрытых аномалий рефракции, проводилась короткая циклоплегия мидриатиками короткого действия, в частности инстилляцией Ирифрина дважды в оба глаза с интервалом в 5 минут, после чего проводился повторный осмотр через 30 минут после инстилляций. У 23 детей патологии не выявлено, острота зрения 1,0 и данные AR в пределах физиологической нормы, однако у одного ребенка имеется риск развития миопии по данным анамнеза.

После циклоплегии: у 13 детей выявлена скрытая дальнозоркость (Hm) с высокими резервами аккомодации (РА), у 10 детей на фоне дальнозоркости (Hm) слабой степени выявлены признаки астигматизма (зрительного утомления) и как результат снижение остроты зрения вдаль, у 2 детей ранее была выявлена дальнозоркость (Hm) с астигматизмом и амблиопией обоих глаз, у 3 детей была выявлена миопия.

**Результаты и заключения.** После проведенного обследования мы можем сделать следующие выводы: 22 ребенка, у которых не выявлена патология, следующий осмотр рекомендован через 6 месяцев.

Все остальные 32 ребенка нуждаются в динамическом наблюдении.

Данное обследование в рамках государственной программы четко показало, что у большинства детей имеются скрытые аномалии рефракции, которые не выявляются при поверхностном осмотре детей в поликлинике. В частности, выявлено большое количество гиперметропии слабой степени. Такая гиперметропия может быть причиной развития астигматизма или зрительного утомления, а так же является основной причиной развития спазма аккомодации, который в последствие станет началом миопии. Именно такая миопия называется школьной и требует раннего выявления и профилактики, для сохранения высоких зрительных результатов. Именно этим мы и занимались в рамках данной программы. Всем детям, у которых выявлена такая скрытая патология были рекомендованы очки, медикаментозное и ортоптическое лечение при необходимости. Данная группа детей должна находиться под пристальным вниманием офтальмолога не только в рамках государственной программы.

**Выводы.** Таким образом, мы считаем, что данная программа, предложенная В.Ф. Базарным действительно

но направлена на раннее выявление патологии и своевременную профилактику с целью сохранения зрения у подрастающего поколения.

*Н.В.Побережная*

ГОО ВПО Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького  
Республиканский Наркологический Центр МЗ ДНР

### **ФАКТОРЫ РИСКА, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

За последние годы в стране очень возросло употребление пива, особенно среди лиц молодого возраста. По данным специалистов, этому способствуют следующие факторы: высокая доступность напитка, разнообразие марок и широкий ассортимент с содержанием алкоголя от 5% и более, убежденность населения в безопасности пива, семейная предрасположенность, лояльное отношение в обществе и агрессивная телевизионная реклама).

Доказано, что систематическое употребление пива вызывает ускоренный тип течения алкогольной зависимости в среднем за 2-3 года, т.ч. «пивной алкоголизм». Он проходит три закономерные стадии: психическую зависимость, затем физическую, на фоне которых формируется органический дефект личности со специфическими чертами – абстинентными психозами и последующей глубокой социальной дезадаптацией. Ранний пивной алкоголизм характеризуется быстрым нарастанием изменений личности, напоминающим алкогольные энцефалопатии с дистрофией в головном мозге, иногда частично обратимыми при отказе от спиртосодержащих напитков. Постоянное потребление пива сказывается не только на психическом, но и соматическом здоровье человека. Регулярный повышенный объем жидкости увеличивает нагрузку на сердце, почки, а содержащиеся в нем соли тяжелых металлов (кобальт, кадмий, медь и др.) постепенно формируют состояние хронического отравления организма). Также соли кадмия нарушают обмен ряда необходимых микроэлементов, угнетают ферменты пищеварения и синтез ряда гормонов, негативно влияя на сперматогенез у мужчин, и также вызывают угрозу заболевания раком молочной железы у женщин). Вышеизложенное делает очевидным актуальность поисковых решений в сфере лечения и профилактики состояний пивной зависимости у молодых людей.

В основу нашей работы положены результаты комплексного исследования 393 человек, которые проводились на базе Донецкого профессионального лицея коммунального хозяйства, Макеевского медицинского училища и Донецкого профессионально – технического училища №22, в том числе из них 205 обследуемых из училищ и 188 обследуемых из лицея. Инструментом исследования была специально разработанная карта, состоящая из 47 пунктов, в том числе 9 пунктами, связанными с социально – демографическими характеристиками обследуемого контингента. По возрасту обследуемые распределились следующим образом: 15– 16 лет - 144 человека, 17 – 18 лет - 194 человека, 19 – 22 года - 55 человек. По полу: мужчин - 248 человек, женщин - 145 человек. По результатам комплексного исследования на выявления пивной зависимости по тесту AUDIT у данного контингента обследуемых (n=393 чел) были выявлены следующие закономерности: у 193 (49,1%) человек не выявлено признаков алкогольной зависимости, у 132 (33,5%) обследуемых выявлено чрезмерное или рискованное употребление пива, у 23 (5,8%) обследуемых выявлено употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) и у 45 (11,4%) человек наблюдается формирование пивной алкогольной зависимости (F10.24).

Указанные наши данные по употреблению спиртных напитков и формированию алкогольной зависимости у лиц молодого возраста, учащихся техникумов и лицеев свидетельствуют о том, что пивной алкоголизм в настоящее время является актуальной проблемой, особенно среди лиц молодого возраста и требует пристального внимания к разработке новых подходов методов психокоррекции и психопрофилактики данного контингента.

*Поважная Е.С., Лыков А.А., Швиренко И.Р., Пеклун И.В.*

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО,  
кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины

### **САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»**

Самостоятельная работа является активной работой студента над усвоением учебного материала в свободное время. Для реализации цели обучения студенты должны научиться формулировать цели обучения, осуществлять его планирование, организовать контроль обучения, что даст возможность развить необходимые навыки, провести самосовершенствования специалистов.

Самостоятельная работа проводится студентами медицинских факультетов во время усвоения модуля «Медицинская реабилитация» должна разделяться на аудиторную и внеаудиторную. Аудиторная самостоятельная работа выполняется студентами на практических занятиях по разрешению конкретных индивидуальных задач. Внеаудиторная самостоятельная работа включает подготовку к практическим занятиям и модульному контролю, разработку рефератов, проработки научной литературы. Самостоятельная работа, направленная на решение индивидуальных задач, позволяет усвоить материал, но мало развивает творческую активность студента. В то же время составление рефератов, подготовка презентаций и докладов требует свои методы решения ситуаций с творческим развитием способностей студента.

Содержание самостоятельной работы студентов должны определяться учебной программой, методическими материалами и указаниями, что вмещают в себя основные вопросы данной темы. Во время работы необходимо пользоваться учебниками, учебными пособиями в домашних условиях, библиотеке, учебных кабинетах

кафедры. Для этого на кафедре функционирует библиотека, содержащая современные пособия, которые своевременно обновляются. Для управления самоподготовкой студентов, тренировки умений работы с научной и медицинской литературой, составления плана исследований, оформления их результатов в виде реферата или презентации, подготовки докладов и историй болезни по вопросам медицинской реабилитации, кафедральным коллективом подготовлены единые требования к их содержанию и техническим требованиям, разработаны правила и критерии их оценки.

При планировании основных видов самостоятельной работы необходимо учитывать также изменения активности организма студента, обусловленные действием суточных, месячных природных биоритмов. На основе этих факторов студент сам разрабатывает индивидуальный недельный график самостоятельной работы на цикл. В этом случае студент рационально использует собственное время, более уверен при выполнении учебных заданий, освобождается от стресса.

Большая часть предмета «Медицинская реабилитация» направлена не только на изучение дисциплины, но и на развитие и усовершенствование физических, психических, умственных способностей студента. В плане дисциплины содержатся темы, которые изучаются студентами самостоятельно и помогают им правильно организовать собственный режим работы. Так, например, изучаются принципы адаптационного питания, вопросы создания оптимальных условий для профессиональной (обучение, работа) и спортивной деятельности, занятий лечебной физкультурой при наличии патологических изменений или заболеваний. Правильное питание, правильная организация труда и отдыха, выбор видов и форм физической нагрузки оптимизируют физические и умственные возможности студента, снижают вероятность развития или обострения заболеваний, повышают эффективность его обучения. При этом максимально используются собственные возможности студентов и минимизируется влияние внешних неблагоприятных факторов на возможности самореализации, самовоспитания и самосовершенствования студентов в период обучения в вузе.

#### *Подолька В.Л.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»  
Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии

#### **ЗНАЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ В ПРОЦЕССЕ УПРАВЛЕНИЯ**

*Актуальность.* Особое место в организации процесса управления отводится своего рода «орудиям» и «средствам», то есть, информационным ресурсам. Процесс управления заключается в основном в работе с информацией и ее трансформации в сознании руководителя. Это свидетельствует о чрезвычайно важном значении и месте информации в процессе управления.

*Материалы и методы.* Информация порождается внутренней или внешней средой, поэтому, в зависимости от источника ее возникновения выделяют внутреннюю и внешнюю информацию. Внутренние источники информации – это обычно внутриорганизационные подразделения. Они порождают плановую, контрольную, учетную, научно – медицинскую, аналитическую и другие виды информации. Внешние источники – это субъекты, действующие за пределами учреждения, и отношения с ними.

Когда оценивают информацию, то упоминают ряд ее свойств. Информация достоверна, если она не искажает истинного положения дел. Информация адекватна, если с помощью полученной информации создается образ определенного уровня соответствия (объекта, процесса, явления). Информация полна, если ее достаточно для понимания и принятых решений. Информация выражена кратко и четко, если она не содержит в себе ненужных сведений.

Информация своевременна, если она не потеряла актуальность и несет в себе сведения, необходимые в данный момент для понимания и принятия решений. От указанных качественных характеристик информации непосредственно зависит эффективность управления и управленческой деятельности.

Руководитель любого уровня осуществляет свои функции, основываясь на доступной ему информации. Информация помогает управлять. Но и информацией можно и нужно управлять. Возможны две основные формы организации информационного обеспечения управленческой деятельности – централизованная и частично или полностью децентрализованная.

Информационная поддержка управленческой деятельности включает в себя технологии подготовки и обработки документов, в которых значительное место занимает информация в числовом виде (финансовая, бухгалтерская, статистическая, аналитическая), представляемая в виде табличных документов.

Чаще всего для обработки числовой информации используют электронную таблицу Excel. Это программа не только позволяет проводить операции над числами в столбцах и строках, но и строить на основе табличных данных графики, диаграммы.

Важная роль в принятии, обработке и использовании информации отводится информационно – аналитическим отделам в учреждениях здравоохранения. Для этого необходимо иметь штат профессионалов и необходимое оснащение.

*Выводы.* В настоящее время для управленческой деятельности рекомендуется использовать интегрированные программные пакеты, которые предполагают реализацию нескольких функций информационного обслуживания. Эти пакеты называют офисными системами.

*Пономаренко Т. В., Колесников А. Н., Линчевский Г. Л., Головки О. К.*

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неонатологии

## **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ЖИВОТНЫМ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Актуальность. Осложнения у детей с гестационным сахарным диабетом (ГСД) – являются одной из главных причин увеличения заболеваемости. Среди них: хронические расстройства центральной нервной системы (ЦНС). Несмотря на достижения современной медицины, их терапевтическая коррекция ограничена.

Материалы и методы. По данным литературного обзора (Ramos-Rodriguez et al. Molecular Neurodegeneration 2017) были проанализированы отсроченные осложнения в ЦНС у мышиноного потомства с ГСД от матерей, получавших Стрептозоцин в дозе 50 мг/кг с целью разрушения бета-клеток поджелудочной железы, а также возможная профилактика этих осложнений путём интраназального (ИН) и интрацеребровентрикулярного (ИЦВ) введения инсулина новорождённым. В эксперименте участвовали 4 группы животных (1 – контрольная, 2 – введение стрептозоцина, 3 – введение стрептозоцина и ИН инсулина, 4 – введение стрептозоцина и ИЦВ инсулина). Во всех группах оценивались атрофия головного мозга, морфология нейронов, фосфорилирование тау-протеина, пролиферация и нейрогенез на ранних сроках (7 дней) и в раннем зрелом возрасте (10 недель), а также оценивалась когнитивная функция в отсроченном периоде.

Результаты. Нарушения развития ЦНС у потомства 2-й группы были статистически значимо обнаружены в зрелом возрасте, включая истончение коры ( $p=0,001$ ) и гиппокампа ( $p<0,01$ ) из-за синаптической потери и дегенерации нейронов, увеличения гиперфосфорилирования тау-протеина и уменьшение пролиферации клеток и нейрогенеза ( $p=0,007$ ). Кроме того, в отсроченном периоде наблюдалась склонность к спонтанному центральному кровоизлиянию ( $p<0,01$ ), воспалению и нарушению способности к познанию ( $p<0,005$ ). В группах 3 и 4 введение инсулина новорождённым значительно уменьшало наблюдаемые изменения ( $p<0,01$ ). Неинвазивный интраназальный инсулин так же восстанавливал центральную атрофию, гиперфосфорилирование тау-протеина и восстановил центральную пролиферацию и нейрогенез ( $p<0,01$ ). Сосудистое повреждение, воспаление и когнитивные расстройства у потомства с ГСД были сопоставимы с аналогичными нарушениями контрольной группы здорового потомства ( $p=0,066$ ), с целью доказательства целесообразности вышеописанных способов введения инсулина.

Выводы. Таким образом, проведённое исследование демонстрирует вероятность развития нейро – когнитивных нарушений у потомства от матерей с ГСД. Интраназальное введение инсулина новорождённым достоверно снижало выраженность когнитивных нарушений. Полученные данные могут быть перспективными для оптимизации лечения осложнений с ГСД у новорождённых.

*Попивненко Ф.С., Иваненко А.А., Щербина С.Н.*

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

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Введение: в связи со сложившейся тяжелой политико-экономической ситуацией в регионе Донбасса, больные обращаются к врачу только в самом крайнем случае. Поэтому мы всё чаще сталкиваемся с пациентами, которые годами не обследуются и не лечатся, и чаще всего на первое место выходит тяжелая сопутствующая патология. Гибридные операции дают возможность значительно снизить операционную травму, что позволяет оказывать оперативную помощь пациентам с тяжёлой сопутствующей патологией.

Цель исследования: на основе имеющегося клинического материала оценить преимущества и возможности гибридных операций при критической ишемии конечностей.

Материалы и методы: нами проанализирован опыт 50 гибридных операций, произведенных в сосудистом центре ИНВХ им. В.К. Гусака за 2014 – 2017 гг. По степени ишемии структура следующая: IV – 28, III – 12, IIБ – 7 больных. (классификация А.В. Покровского), у двух больных острая ишемия IIА и IIБ степени. Одномоментно выполнено 22 операции, остальные последовательно с перерывом в 1 день.

Выполнены следующие операции: рентгенэндоваскулярная коррекция подвздошных + аутовенное бедренно-подколенное шунтирование – 40; рентгенэндоваскулярная коррекция берцовых – 8; стентирование почечные артерий + бифуркационное аортобедренное шунтирование – 2.

Осложнения выявлены в 9 случаях. Из них осложнения эндоваскулярного этапа:

Тромбоз плечевой артерии, через которую осуществлён эндоваскулярный доступ. В первые сутки выполнена тромбэктомия с восстановлением кровотока.

Диссекция интимы общей бедренной артерии, потребовавшая подвздошно-подколенного шунтирования.

В семи случаях были осложнения открытого этапа:

В трёх случаях гематома венозного канала что, вероятно, было связано с двойной дезагрегантной терапией в раннем п/о периоде. Потребовалось вскрытие, дренирование гематомы.

В трёх случаях краевой некроз раны в верхней трети бедра.

В одном тромбоз бедренно-подколенного шунта с последующим развитием острой ишемии и гангрены стопы. Выполнена ампутация в средней трети бедра.

Следует отметить, что все осложнения открытого этапа возникли у больных, которым операция выполнялась не одномоментно.

Результаты: У 49 (98%) больных результаты хорошие, ишемия регрессировала, конечность сохранена. У 45 (90%) больных восстановлен магистральный кровоток до стопы. Ампутация выполнена одному больному (2%). 28 больных осмотрены через год и два года после вмешательства. У 25 больных сохраняется пульсация на артериях стопы. У 1 больного, несмотря на окклюзию шунта, ишемия снизилась до 2Б ст. У одного больного через 7 месяцев выполнена ампутация бедра на уровне с/3 в х/о по месту жительства.

Обсуждение:

Внедрение методики гибридного вмешательства помогает снизить объём операционной травмы, что значительно уменьшает периоперационный риск. Соответственно сужаются и противопоказания к вмешательству, что в свою очередь даёт возможность выполнить реконструкцию у больных на фоне тяжёлой кардиальной, легочной патологии. Для выполнения данных операций требуется слаженная работа сосудистых, рентгенэндоваскулярных хирургов и анестезиолога.

Выводы:

- гибридные операции являются качественной альтернативой многоэтажным реконструкциям;
- в сосудистом центре необходима гибридная операционная.

*Попов А.С., Байрамов Ш.А., Беркутов Д.Ш., Кабулова Д.С., Касьянов В.А., Скоробулатов А.В., Фомина Л.В.*  
ФГКУ «Центральный аэромобильный спасательный отряд» МЧС России, г. Жуковский

### **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКО-РЕАНИМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ В ЗОНЕ ЧС ЭКСПЕДИЦИОННОМ АЭРОМОБИЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ МЧС РОССИИ (ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ В ИНДОНЕЗИИ, ПАКИСТАНЕ В 2005Г., КИТАЕ 2008 Г., ГАИТИ 2010Г.)**

**Актуальность проблемы.** На данный момент актуально встает вопрос о лечении пострадавших в самой зоне чрезвычайной ситуации (ЧС). Увеличение этапов медицинской эвакуации ведет к потере времени и повышению необоснованной смертности пострадавших. При землетрясении в Нефтегорске (1995) на этапах эвакуации погибло 34 пострадавших из 406 извлеченных из завалов.

**Материалы и методы.** В Аэромобильном госпитале (АГ) МЧС России квалифицированная медицинская помощь с хирургической и травматологической патологией была оказана 2 555 пострадавшим (601 ребенок). 575 пострадавших получили интенсивную терапию в реанимационном отделении АГ, из них 288 детей. На стационарном лечении с хирургической патологией в АГ находился 291 пострадавший, из них 25 детей. Возраст от 1,5 до 76 лет (средний возраст- 34,5±4 года). Оперативное вмешательство проведено у 399 пострадавших в АГ, в том числе у 164 детей. Проведено более 150 сеансов безаппаратного мембранного плазмафереза. Виды и число оперативных вмешательств: первичная хирургическая обработка – 60 взрослых и 68 детей; репозиция костей конечностей – 86 взрослых и 52 ребенка; формирование культи после травматической ампутации конечности на завале – 7 взрослых и 4 ребенка; ампутации разрушенных и раздавленных пальцев кистей и стоп – 4 взрослых и 5 детей; ампутация стопы – 5 взрослых (1 ампутация стопы из-за ее полного разможнения); ампутация голени – 4 взрослых, реампутация голени – 2 взрослых; ампутация бедра – 3 взрослых, реампутация бедра – 3 взрослых; некрэктомия – 24 взрослых и 21 ребенок; повторная некрэктомия – 33 взрослых и 11 детей; ревизия и туалет ожоговых ран – 4 взрослых и 3 детей. Из них: 338 операций под общим обезболиванием, 3 - спинномозговая, 5 - проводниковая анестезия и 53 под местной анестезией. Принято двое родов живыми доношенными детьми. Тяжесть состояния пострадавших (2-4-е сутки после катастрофы), обуславливало проведение анестезиологического пособия в сочетании с интенсивной терапией на «операционном столе». Интенсивная терапия включала в себя венозный доступ, возмещение дефицита ОЦК, кислородотерапию, анальгезию и седацию, коррекцию ацидоза, введение кортикостероидов и антибиотиков. Тяжесть состояния оценивали по шкале Глазго, по шкале APACHE 11. Премедикация пострадавших проводилась в предоперационной за 5-10 минут до операции. Она включала внутривенное введение промедола (10-20 мг), диазепам (5 мг) и атропина (0,5 мг). Индукцию проводили внутривенным введением: кетамин (4-10 мг/кг массы тела) или 1% раствором тиопентала (4-8 мг/кг). Поддерживающая анестезия: дробное введение фентанила (0,1-0,2 мг), калипсола (2-4 мг/кг) и седуксена (0,25 мг/кг) или фентанила и дроперидола. Миоплегия: ардуан (0,03 мг/кг/час) или листенон. Тотальная внутривенная анестезия (фентанил + кетамин или кетамин +пропофол или фентанил + дроперидол) в сочетании с ИВЛ (режим нормовентиляции) проводилась у 89 пострадавших (52 взрослых и 37 детей). Внутривенная анестезия (кетамин + пропофол или промедол + кетамин + седуксен) применялась у 190 пострадавших (122 взрослых и 68 детей). Спинномозговая анестезия применялась у 3 взрослых пострадавших, проводниковая у 5 взрослых пострадавших и местная анестезия – 53 взрослых. У 59 пострадавших детей применялся внутримышечный наркоз: кетамин (4-10 мг/ кг) и седуксен (0,25 мг/кг). Осложнений при проведении анестезиологических пособий не было. Параметры системной гемодинамики (ЧСС, АД, ЭКГ), дыхания (ЧДД, Sat O2) контролировали в постоянном режиме мониторами и пульсоксиметрами, в операционной, блоке пробуждения и реанимационном отделении. Послеоперационный период у всех пострадавших проходил без осложнений.

**Результаты.** Выбор метода проведения анестезиологического пособия во время работы в полевом госпитале является первоочередной целью анестезиолога-реаниматолога. Метод анестезии должен обеспечить адекватное обезболивание пострадавшего и максимально обеспечивать работу хирургов. У всех пострадавших, которым проводился комплекс интенсивной терапии, включающий анестезиологическо-реанимационное пособие, был получен положительный клинический эффект. Он проявился в стабилизации состояния пострадавших и готовности их к эвакуации. На специализированную госпитальную базу в стабильном состоянии было эвакуировано 517 пострадавших (445 взрослых и 272 ребенка), из них с хирургической патологией 139 пострадавших

(96 взрослых и 43 ребенка). Смертность в период оказания экстренной помощи в АГ составила 2 человека. Оба пострадавших погибли от СПОН, проявившегося в развитии ОПН и РДВС в следствии СДС.

**Заключение.** Применение комплекса интенсивной терапии в ранний период оказания медицинской помощи в очагах ЧС в условиях АГ МЧС России позволило значительно снизить процент необоснованной смертности. Данные методы анестезиологического пособия оправдали себя при работе в полевых условиях в АГ МЧС России в зоне ЧС, как у взрослых, так и у детей. Отметим, что необходимо решать вопрос о портативной наркозно-дыхательной аппаратуре, которая будет работать в автономных полевых условиях.

*Попов А.С., Попова В.В., Прошина О.К.\* , Якиревич И.А.*

ФГКУ «Центральный аэромобильный спасательный отряд» МЧС России, г. Жуковский, Российская Федерация

\*Российско-Сербский гуманитарный центр, г. Ниш, Республика Сербия

### **МЕЖДУНАРОДНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ОТРЯДА ЦЕНТРОСПАС МЧС РОССИИ ПО МЕТОДИКЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ПО ВОПРОСАМ ПОИСКА И СПАСЕНИЯ (INSARAG). МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ АТТЕСТАЦИИ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОИСКОВО-СПАСАТЕЛЬНЫХ РАБОТ (ПСР)**

Резолюция Генеральной ассамблеи ООН 57/150 от 16 декабря 2002 “Повышение эффективности и укрепление координации международной помощи при проведении поисково-спасательных операций в городах” рекомендует Международную консультативную группу по вопросам проведения поисково-спасательных работ (ИНСАРАГ) в качестве справочника по реагированию на бедствия и проведению поисково-спасательных работ (ПСР).

Руководство ИНСАРАГ было разработано специалистами из ПСО со всего мира в качестве справочного материала для международных ПСО и стран, подверженных стихийным бедствиям, по реагированию на бедствия во время крупных ЧС, связанных с обрушением зданий и сооружений. Секретариат ИНСАРАГ под руководством Секции поддержки полевой координации (FCSS) Управления по координации гуманитарных вопросов (ОСНА) занимается проведением Международной аттестации и переаттестации по методике ИНСАРАГ (IEC/IER) международных ПСО. INSARAG Guidelines – Руководство по проведению ПСР в городских условиях. IEC – Международная аттестация ПСО. Соответствие ПСО минимальным стандартам по направлениям:

- 1.Руководство и управление.
- 2.Материально-техническое обеспечение.
- 3.Поисковые работы.
- 4.Спасательные работы.
- 5.Оказание медицинской помощи.

В результате первоначальной аттестации в 2011 году в Рекомендательных заметках присутствовало несколько рекомендаций, которые Центроспас мог бы использовать для улучшения работы отряда. Отряд Центроспас обладает широкими возможностями, превышающими минимальные стандарты для отрядов, аттестованных по методике ИНСАРАГ (как-то: десантирование, водолазные работы, экспедиционный аэромобильный госпиталь и воздушные суда). Его возможности в рамках имеющихся ресурсов очень сильно впечатляют. Отряд Центроспас 01.07.2011 г. был аттестован как отряд ТЯЖЕЛОГО класса. Во время переаттестации 19 - 24 июня 2016 года особое внимание было уделено тем элементам учения, по которым в 2011 году были даны рекомендации, а также новым пунктам проверочного листа (например, **проведению ампутации конечностей в завалах с целью спасения жизни пострадавшего**). **Медицинское обеспечение при проведении ПСР и аттестации:**

Врачи поисково-спасательных подразделений (ПСП) проводят медицинский осмотр личного состава своих подразделений: спасателей, водителей, кинологов. Цель проведения осмотра перед любым реагированием - понимание того, что все члены ПСП смогут выполнять свою работу с соблюдением мер безопасности и не являются источником распространения инфекции в Отряде. Медицинский осмотр проводится перед дежурством. Представляют листы осмотра, прививочные сертификаты на русском и английском языках.

Медперсонал должен иметь с собой личные документы (заверенные ксерокопии) о действующем медицинском образовании и сертификаты на виды медицинской деятельности на русском и английском языках.

Врачами ПСП непрерывно отслеживается физическое здоровье и психическое состояние личного состава, данная информация записывается в течение всего реагирования в журналы медицинских осмотров.

Свидетельства о прививках и вакцинациях в соответствии с ВОЗ у каждого члена ПСО.

Страховка членов ПСО. Профессиональная ответственность медицинского персонала (ущерб, причиненный третьим лицам), неправильные действия, врачебная ошибка, неправильный курс лечения.

При проведении ПСР врач ПСП отвечает за состояние здоровья личного состава ПСП, ведет наблюдение на месте проведения работ. Ежедневный медицинский осмотр с проверкой физического и психологического состояния. Проведение медицинского осмотра перед убытием из базового лагеря и сразу после завершения рабочей смены.

Необходимо понимание о достаточности медицинской составляющей в структуре ПСО. Наличие медицинского персонала, оборудования и медикаментов на определенные сроки работ в соответствии с Руководством ИНСАРАГ. Тяжелый отряд – круглосуточно, в течение 10 дней на 2 участках работ одновременно, средний отряд – круглые сутки в течение 7 дней на одном участке.

По рекомендациям ИНСАРАГ в ПСП необходимо иметь врача и до 3 человек со средним специальным об-

разованием, не из числа спасателей. В отряде Центроспас медицинская составляющая каждого ПСП на штатной основе: врач анестезиолог-реаниматолог или хирург, при любом реагировании на ЧС дополняется фельдшером или медбратом - анестезистом.

Наркотические вещества. Список лекарственных препаратов. Наркотические вещества внесены в отдельный список или выделены в общем списке медикаментов. Список подписывается старшим врачом – членом ПСО, в наличии должны быть две копии списков. Хранение осуществляется только медицинским персоналом в медицинском блоке, в сейфе. Выдача и прием обратно пустых и целых ампул происходит согласно Законодательству РФ. Ведется журнал строгой отчетности.

Медицинская эвакуация и репатриация членов ПСО. Разработка плана врачами ПСО и руководителем ПСО плана эвакуации больного, травмированного, погибшего члена ПСО из зоны ЧС.

Координация (по прибытию в зону ЧС) старшего врача ПСО с местными органами здравоохранения, LEMA, OSOCC для:

Получения информации об этническо-религиозной ситуации в данном регионе;

Получения исчерпывающей информации о санитарно-эпидемиологической и водной обстановке в зоне ЧС;

Наличия местных и международных медицинских ресурсов (включая полевые госпитали, медицинские команды, мобильные команды СМП, ветеринарные клиники);

Процедуры передачи и видах медицинской эвакуации спасенных пострадавших;

Процедуры обращения с телами погибших и их передачи местным властям, установленные LEMA;

Получения сведений, необходимых для текущей и дальнейшей работы медицинской части ПСО.

При обнаружении живого пострадавшего врач ПСП принимает решение об объеме медицинской помощи непосредственно на месте: при необходимости от проведения СЛР до применения специализированной медицинской помощи, до момента передачи пострадавшего на следующий этап медицинской эвакуации или в полевой медицинский госпиталь или представителям местного здравоохранения.

Штатный медицинский персонал ПСО проходит аттестацию по профессии «спасатель» с обязательной сдачей квалификационного экзамена каждые три года. Медицинский персонал ПСО и Экспедиционного аэромобильного госпиталя МЧС России отряда Центроспас в обязательном порядке проходит экспертную медицинскую комиссию по допуску к работе в зоне ликвидации ЧС.

Медицинский персонал ПСО оказывает медицинскую помощь в обрушенных сооружениях, включая замкнутое пространство, с момента обнаружения и обеспечения минимального доступа к пострадавшему, извлечения пострадавших и передачи их в лечебные учреждения.

Медицинский персонал ПСО оказывает медицинскую помощь в обрушенных сооружениях, включая замкнутое пространство найденным в завалах пострадавших, включая ампутацию в полевых условиях. **Ампутация конечности в завале – экстренная ситуация! Ампутация проводится только с целью спасения жизни пострадавшего и спасателей при явной угрозе их жизни! Решение принимается коллегиально и, по возможности, в присутствии местного врача или представителя власти.**

Медицинский блок разворачивается в составе базового лагеря и включает в себя: шлюз для осмотра и карантина; модуль для приема, модуль для проведения ПХО и размещения 2-х реанимационных коек, контейнеры для хранения расходных материалов, транспортных шин, спинальных досок (взрослый-ребенок) с обвязкой и иммобилайзерами, контейнер-сейф для хранения наркотических и сильнодействующих препаратов, медицинские укладки-рюкзаки. Каждая реанимационная койка укомплектована аппаратом ИВЛ LTV 1000, двумя шприц-дозаторами, устройством для подогрева растворов, двумя вакуум-аспираторами, комплектом для проведения безаппаратного мембранного плазмафереза. В медицинском блоке постоянно находится врач со средствами связи со штабом и всеми рабочими ПСП отряда.

В медицинском блоке необходимо обеспечить место для оказания медицинской помощи поисковым собакам.

При работе полевой кухни: проверка приготовления пищи, снятие проб и заполнение бракировочного журнала.

**Международная переаттестация ИНСАРАГ 2016. Наилучшие технологии и возможности:** отряд обладает обширными возможностями. Следует высоко оценить тот факт, что отряда может круглосуточно работать в стране, а также, в случае длительного реагирования, далеко за границей. **Медицинское обеспечение:** медицинские возможности отряда значительно превышают ожидаемые стандарты, в состав отряда также входят хирурги и анестезиологи. Это позволяет проводить многие врачебные манипуляции, которые обычно не проводятся. Медицинская палатка была организована очень хорошо, использовалось соответствующее медицинское оборудование, там всегда находился врач, готовый к приему больного в любое время. В отряде хорошо развито медицинское обеспечение, отряд отлично использует данные возможности как на участках при проведении работ, так и до реагирования во время проведения медицинского осмотра. Непрерывно отслеживалось здоровье и благосостояние личного состава, данная информация записывалась в течение всего реагирования. Ежедневный медицинский осмотр с проверкой физического и психологического состояния проводился сразу после завершения рабочей смены и дегазации личного состава.

**Рекомендации.** Аттестационная комиссия рекомендует Секретариату ИНСАРАГ подтвердить отряду Центроспас текущий статус ПСО тяжелого класса в реестре ПСО ИНСАРАГ в соответствии с Руководством ИНСАРАГ. Аттестационная комиссия хотела бы выразить признательность и официально заявить о высокой оценке

Правительства Российской Федерации в целом за значительное обеспечение отряда посредством непрерывной поддержки, управления и руководства.

Попов Александр Станиславович, Заслуженный врач России, врач анестезиолог-реаниматолог, специалист по эфферентной терапии, начальник отдела медицинского сопровождения поисково-спасательных работ ФГКУ «Центральный государственный аэромобильный спасательный отряд» (отряд Центроспас) МЧС России, член рабочей группы по обучению чрезвычайных медицинских отрядов (ЕМТ) Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ).

*Потапов А.А., Ежелева М.И., Косевич М.А.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Методический центр военно-патриотического воспитания, физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы  
управления образования администрации г. Донецка

## **ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗРИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКИМ НАВЫКАМ**

В настоящее время во многих странах мира весьма актуальна проблема пониженной остроты зрения среди населения. Одним из путей преодоления неблагоприятных тенденций в этом направлении является рациональная организация зрительной работы для представителей всех без исключения профессиональных и возрастных групп.

Опыт показывает, что информированность молодого поколения о рациональной организации освещения недостаточна. В программе обучения на кафедре гигиены и экологии ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького предусмотрен ряд тем, затрагивающих вопросы гигиены зрительной работы. Тем не менее, не удается осветить в должном объеме все особенности, понимание которых необходимо будущим врачам. Решение проблемы, на наш взгляд, возможно за счет увеличения количества академических часов на темы, в структуру которых входят вопросы гигиены зрительной работы.

В настоящее время новые технические решения становятся причиной появления новых проблем. В условиях современного информационного изобилия даже специалисты, далеко не всегда имеют возможность получать объективную информацию о различных новых видах современных технических устройств. Одним из таких видов техники являются светодиодные лампы. Оценка их гигиенических характеристик имеет противоречивый характер, что позволяет констатировать недостаточно полную изученность данной проблемы.

В определенный период времени были опубликованы результаты исследований, свидетельствующие о благоприятном воздействии светодиодного освещения. Направленность данных исследований имела характер сравнения двух видов источника света – светодиодных ламп и люминесцентных ламп.

Первоначально были сделаны выводы о более комфортной световой среде и менее выраженных негативных проявлениях со стороны зрительного анализатора, а также и со стороны других систем. Результаты более современных исследований, свидетельствуют о неблагоприятном воздействии светодиодов на организм в целом и зрительный анализатор, в частности.

Специфические характеристики изображения на электронных носителях информации недооцениваются пользователями. Это приводит к появлению ряда проблем, в том числе и для здоровья. Ситуация усугубляется в случаях использования компьютерной техники для организации отдыха (компьютерные игры) в процессе работы с этой же компьютерной техникой и на этом же рабочем месте. Например, компьютерные игры и чтение с экрана ридера.

Авторами разработана программа курса основ здорового образа жизни – «Создай себя и будь здоров». Курс внедрен в программу обучения в старших классах г. Донецка.

В основу преподавания основ здорового образа жизни для школьников положена концепция рационального режима дня. При этом акценты сделаны на тех элементах, которые в наибольшей степени оказывают влияние на обмен веществ, а именно: организация рационального питания в целом, и режима питания, в частности, гигиенические требования к организации двигательной активности, особенности организации питьевого режима.

На основании опыта работы и со студентами, и с учащимися старших классов, мы пришли к выводу о целесообразности расширения курса основ здорового образа жизни за счет дополнения его материалов информацией о современных особенностях зрительной работы.

*Потапов А.А., Косевич М.А.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Городской методический центр военно-патриотического воспитания, физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы управления образования администрации г. Донецка

## **ПРЕПОДАВАНИЕ ОСНОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ФАКТОР КОРРЕКЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ**

Общеизвестно, что среди факторов, определяющих здоровье индивидуума, ведущим признается образ жизни. Доказано, что вклад данного компонента в формирование здоровья составляет более 50 %. Поэтому, можно констатировать, что основой профилактики заболеваний является здоровый образ жизни (ЗОЖ).

В настоящее время во многих странах мира весьма актуальна проблема недостатка информации о здоровом образе жизни у подрастающего поколения. Современная молодежь, к сожалению, не имеет элементарных

знаний и навыков, необходимых для сохранения здоровья. Работая со школьниками, мы обратили внимание на практически полное отсутствие информации по вопросам предупреждения заболеваний у большинства из них. Поэтому формирование необходимости и потребности ведения здорового образа жизни у молодежи стало целью нашей работы.

Авторами разработана программа курса основ ЗОЖ – «Создай себя и будь здоров». Курс внедрен в программу обучения в старших классах г. Донецка.

В основу преподавания ЗОЖ для школьников положена концепция рационального режима дня. При этом, акценты сделаны на тех элементах ЗОЖ которые в наибольшей степени оказывают влияние на обмен веществ, а именно: организация рационального питания в целом, и режима питания, в частности, гигиенические требования к организации двигательной активности, особенности организации питьевого режима. При апробации курса в течение первого учебного года было отмечено следующее:

Учащиеся проявили интерес к предлагаемой информации.

И педагоги, и родители отметили важность и значимость материалов курса для сохранения и укрепления здоровья.

Школьники, не только увидели и осознали свои ошибки, которые они допускали ранее в процессе организации своей деятельности и режима дня, но и начали предпринимать конкретные действия для исключения повторения этих ошибок.

Подтвердились предварительные предположения авторов о необходимости расширения курса в качественном и количественном отношении.

В следующем учебном году курс был расширен, как содержанию, так и по количеству часов. Были дополнены уже имеющиеся материалы. В структуру предмета введена информация по всем составляющим режима дня, а именно, по организации режима сна и бодрствования, а также и режима труда и отдыха. Преподавание организовано уже, и в 10-м, и в 11-м классах. Общий объем составил 132 часа.

Освоение теоретической части курса позволило старшеклассникам улучшить состояние здоровья. А именно, те учащиеся, которые занимаются по нашей программе, стали меньше пропускать уроки по состоянию здоровья. Кроме того, педагоги стали отмечать более высокий уровень подготовленности практически по всем предметам в тех классах, где преподается курс.

За счет коррекции обмена веществ после применения теоретических знаний, учащиеся стали демонстрировать лучшие результаты при прохождении практической части курса. А именно, приблизительно на 3-5 % улучшились результаты сдачи нормативов по физической подготовке.

*Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А.*

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

### **ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ АЛЛЕРГИИ К ЛИМОНУ**

В настоящее время публикации, касающиеся аллергии на лимон, единичны и, в основном, описывают реакции, связанные с применением лекарственных препаратов и косметических средств на основе эфирных масел лимона. Среди небольшого количества работ, описывающих различные клинические проявления аллергии на лимон, описаний орального аллергического синдрома (ОАС) при употреблении в пищу лимона в доступной мировой литературе мы не обнаружили.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования было описание случая орального аллергического синдрома, связанного с употреблением свежего лимона, у пациентки с полисенсibilизацией к различным пищевым, бытовым, пыльцевым и лекарственным аллергенам.

Под нашим наблюдением находилась больная Б., 25 лет. Срок наблюдения за пациенткой, включая врачебные осмотры и иммуно-аллергологическое обследование (лабораторные исследования, кожные тесты), составил 2 месяца.

Реакция на лимон впервые возникла в марте 2018 года. Через 3-5 минут после употребления данного продукта (больная съела посыпанный сахаром ломтик лимона) она почувствовала жжение во рту (особенно сильное в месте афтозной язвы, бывшей на слизистой полости рта уже в течение 2 дней), которое исчезло в течение пол часа без лечения. Было отмечено увеличение размера афты с 1-2 мм в диаметре до 5 мм в ширину и 10 мм в длину, возникновение боли в области нее, сильное покраснение слизистой нижней губы. Указанные симптомы исчезли через 14 дней на фоне противоаллергического лечения.

Периодический зуд в полости рта пациентка отмечает с 12 лет. Отмечена связь обострений зуда (особенно в области миндалин) при употреблении в пищу свежих помидоров, арбуза.

Впервые проявления аллергии у пациентки возникли в возрасте 3 лет в виде зудящих уртикарных высыпаний на ногах после контакта с сорными травами (амброзия, циклахена). В 7 лет у больной зарегистрировано следующее обострение аллергии в виде аллергического ринита, конъюнктивита. В возрасте 8 лет пациентке, исходя из возникших клинических симптомов и результатов функциональных и лабораторных исследований, установлен диагноз «Бронхиальная астма, атопическая форма, интермиттирующее течение».

Кроме того, у пациентки отмечались проявления контактного аллергического дерматита (покраснение, мокнутие, зуд) на металлические детали одежды (заклепки, пуговицы), бижутерию. Зарегистрированы и аллергические реакции на отдельные лекарственные препараты: троксерутин, аугментин, ротокан.

Наблюдаемой нами пациентке проведено исследование сыворотки крови на иммунный статус и специфические IgE (sIgE) к различным пищевым, бытовым и пыльцевым аллергенам. Было установлено повышение общего IgE, а также ИЛ-4. По результатам исследования sIgE установлено отсутствие диагностически значимых уровней их к аллергенам лимона, однако зарегистрировано повышение уровней sIgE к другим цитрусовым, а также к отдельным бытовым и пыльцевым аллергенам.

В связи с необходимостью ежедневного приема антигистаминного препарата (супрастин) кожные тесты (прик-тест и прик+прик) со стандартизированным аллергеном и свежим лимоном были проведены на фоне его приема. Прик+прик тест оказался положительным к мякоти, кожуре, косточкам лимона. На основании анамнеза и результатов проведенных диагностических тестов у обследованной нами пациентки подтверждена аллергия на термолabile аллергены лимона на фоне поливалентной аллергии и сенсибилизации.

*Прилуцкий А.С., Прилуцкая О.А., Полковник Е.С.*

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

### **СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОТЕКОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРИМЕНЕНИЕМ АКТРАПИДА И ПРОТАФАНА**

Неуклонное возрастание числа больных сахарным диабетом, использующих для лечения препараты инсулина, обуславливает актуальность и необходимость изучения побочных реакций на вышеуказанные лекарственные средства. В настоящее время в связи с применением полусинтетических, человеческих, генно-инженерных инсулинов, осложнения, связанные с их использованием, развиваются все реже. В связи с редкостью возникновения таких реакций и необходимости знания врачей о них, приводим следующий клинический случай.

Целью исследования являлось изучение клинических проявлений у пациентки на фоне применения отдельных препаратов инсулина, оценка уровня специфической сенсибилизации (исходя из уровня специфических иммуноглобулинов E (sIgE) и прик тестов) к ряду вышеуказанных лекарственных средств.

Нами обследована пациентка Я., двадцати двух лет которая обратилась с жалобами на появление диффузной уртикарной сыпи, зуда кожи, ангиотеков век и губ, повышение температуры, наличия общей слабости и др. на фоне применения инсулинов актрапид и протафан. Срок наблюдения за больной составил 1,5 года. Диспансерное наблюдение за пациенткой осуществлялось как до, так и во время лечения, в периоде ремиссии заболевания. Лабораторные исследования включали в себя проведение общего и биохимического анализа крови. Кроме того, в сыворотке крови нами определялись уровни общего и специфических (sIgE к препаратам инсулинов – актрапид, протафан, хумодар Б, новорапид, левемир, лантус, фарминсулин Н, фарминсулин HNP) IgE. Концентрация вышеуказанных иммуноглобулинов E определялась методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем, разработанных на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького». Согласно международных стандартов, концентрацией sIgE, свидетельствующей о сенсибилизации к вышеперечисленным лекарственным средствам, считались значения анализов  $\geq 0,35$  МЕ/мл.

Определение специфических IgE к ряду инсулинов, как к применяемым пациенткой, так и других, доступных для использования в то время, показало наличие диагностически значимого повышения sIgE к актрапиду (0,43 МЕ/мл), протафану (0,65 МЕ/мл) и хумодару Б (0,37 МЕ/мл). Кроме того, в сыворотке больной были обнаружены близкие к диагностическим уровни специфических IgE к лантусу, фарминсулину Н, фарминсулину Н NP. Уровни sIgE к левемиру и новорапиду оказались в пределах нормы и составили 0,24 МЕ/мл и 0,31 МЕ/мл соответственно. Прик тесты к актрапиду и протафану оказались положительными; к левемиру и новорапиду – отрицательными.

На основании обследования, было предложено заменить используемые инсулины на левемир и новорапид. В день смены препаратов инсулина, количество и объем высыпаний уменьшились – они были зарегистрированы только на конечностях. До смены препаратов инсулинов сыпь была диффузной и распространялась практически на всю поверхность тела. На второй день после отмены актрапида и протафана и назначения новорапида и левемира, уртикарная сыпь стала еще меньше. Зуд, ангиотеки и новые высыпания в дальнейшем не отмечала. Слабость, тревожность и раздражительность исчезли. Температура тела снизилась до 36,7 в вечернее время и в дальнейшем не повышалась.

Таким образом, нами диагностирован случай хронической рецидивирующей крапивницы, ангиотеков на введение препаратов инсулина актрапид и протафан, подтвержденный как клинически так и с помощью лабораторных исследований и прик тестов. Смена препаратов инсулина обусловила стойкий клинический эффект.

*Провизион Л.Н., Шварёва Т.И., Шатилов А.В.*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТЫТЕЛЯ ЛУКИ»

### **О СОЧЕТАНИИ ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ У ОДНОГО БОЛЬНОГО**

В современном мире сложно представить человека, имеющего только одно заболевание. Как правило, наблюдается сочетание (коморбидность) двух и более болезней одновременно (А.А. Верткин, 2009).

Факторы, влияющие на развитие такого сочетания многочисленны: хронические инфекции и воспалительные процессы, системные метаболические изменения, ятрогении (Fortin и др., 2004). Предполагается, что

развитие коморбидности скорее всего основано на общности патогенеза сочетающихся заболеваний (А.Л. Бакулев, 2014).

Так, например, псориаз часто сочетается с иммунозависимыми заболеваниями, в частности с сахарным диабетом, метаболическим синдромом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, депрессией (Н. И. Кочергин, 2009).

В доступной нам литературе описано сочетание псориаза и красной волчанки (Е.С. Белостоцкая, 1980), псориаза и красного плоского лишая (Н.С. Нешков, 1980), псориаза и склеродермии (Д.М. Гюльалиев, 2015).

Псориаз и красный плоский лишай являются общими воспалительными кожными заболеваниями, для которых свойственны нарушения микроциркуляции, аутоиммунный генез. Характерные клинические проявления позволяют правильно поставить диагноз. Однако встречаются нетипичные проявления этих дерматозов или их сочетания, которые могут вызвать значительные трудности в дифференциальной диагностике.

По мнению А.Л. Машкиллейсона, красный плоский лишай обычно возникает у больных псориазом, но возможна и трансформация псориаза в красный плоский лишай, что подтверждено гистологическими исследованиями. Большинство авторов считают проявления красного плоского лишая у больных псориазом аллергической реакцией или следствием воздействия других раздражителей.

Следует заметить, что при сочетании указанных дерматозов отмечается различная локализация высыпаний, чего не отмечено, например, при сочетании псориаза с витилиго (Э.И. Болога и др.), где псориазные высыпания размещаются на пятнах витилиго.

Мы наблюдали случай сочетания псориаза и красного плоского лишая у больного, который в течение многих лет страдал псориазом с типичной локализацией и обострением в осенне-зимний период. Во время очередного рецидива псориаза, возникшего после конфликтной ситуации на производстве, наряду с типичными псориазными папулами с характерной триадой Auspitsa возникли высыпания совсем не похожие на имеющиеся ранее. Они располагались преимущественно на сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Элементы сыпи были представлены папулами с пупковидным вдавлением в центре, сеткой Уикхема, сопровождались зудом. Был выставлен сопутствующий диагноз: красный плоский лишай.

Особенностью приведенного клинического наблюдения является развитие проявлений красного плоского лишая у больного длительное время страдающего псориазом, во время одного из его рецидивов.

*Провизион Л.Н., Шварёва Т.И.*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

### **СЛУЧАЙ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА, СИМУЛИРУЮЩЕГО ПСОРИАЗ**

В настоящее время считается, что *псориаз* имеет полиэтиологическую природу и является мультифакториальным заболеванием, т.е. болезнью с наследственной пред-расположенностью (врожденной иммунностью) и множеством факторов, реализующих её.

Весьма краткое и четкое определение этому дерматозу даёт А. Gupta: «Псориаз – это хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание, вызываемое активацией Т-клеток, приводящей к изменениям в кератиноцитах кожи».

Пусковыми механизмами заболевания чаще являются эмоциональный стресс, перенесенные инфекции, механические повреждения кожи, приём лекарственных препаратов, изменения в гормональном статусе.

Вульгарный псориаз характеризуется мноморфной сыпью в виде папул розово-красного цвета с четкими границами, покрытыми мелкопластинчатыми чешуйками. Высыпания могут располагаться на любом участке кожи. При локализации псориазных высыпаний на коже волосистой части головы, лица, груди, т.е. в себорейных зонах, имеются особенности клинических проявлений: на гиперемизированном фоне появляются плоские папулы, бляшки, покрытые жирными чешуйками с нечеткими границами. (О.Ю. Олисова, 2003; Ю.С. Бутов, 2013).

Этиология и патогенез *периорального дерматита* (ПД) до сих пор недостаточно изучены, и вопрос о нозологической самостоятельности остается нерешённым. ПД имеет не только медицинское, но и социальное значение. Длительное существование высыпаний на коже лица приводит порой к серьёзным неврологическим расстройствам. (В.И. Степаненко, 2012)

Болеют чаще молодые женщины. Процесс циклический. Характерны высыпания в виде плоских, конусовидных папул, реже папуло-везикул, папуло-пустул, располагающихся на гиперемизированной коже преимущественно вокруг рта, в носогубных и нососщёчных складках, на подбородке, щеках, бровях. Телеангиэктазии у многих больных отсутствуют. У большинства больных вокруг красной каймы губ имеется ободок непоражённой кожи. Из субъективных ощущений – чувство жжения и стянутости кожи.

Приводим своё наблюдение. Женщин среднего возраста при поступлении жаловалась на высыпания в области лица и сухость кожи. Заболевание ни с чем не связывала. В течение многих лет кожный процесс проявлялся только на коже носогубных складок и подбородка. Сезонности течения не отмечено. Сопутствующей патологии не выявлено.

На основании анамнеза, клинических проявлений был установлен диагноз: периоральный дерматит, по поводу которого получала лечение фторированными стероидными препаратами. Улучшения от лечения не было, наоборот отмечала ухудшение как со стороны проявлений на коже, так психосоматического состояния.

Объективно: на коженосщёчных и носогубных складок, подбородка расположены папулы розового цвета

с чёткими границами и тенденцией к группировке, незначительным шелушением. Телеангиэктазий не обнаружено. Субъективно – чувство жжения, сухости кожи. При более детальном осмотре на кожеразгибательной поверхности локтевых суставов были обнаружены единичные папулы сположительнойпсориатической триады.

На основании изложенного установлен диагноз себорейный псориаз.

Приведенный случай демонстрирует сложности в клинической диагностике дерматозов-копий, что пролонгирует распознавание основного заболевания на многие годы.

*Пугач Л.Ю.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького». Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

### **СУБЪЕКТИВНАЯ ВИТАЛЬНОСТЬ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА**

**Цель.** Изучение понятия «субъективная витальность» как одного из ключевых компонентов личностного потенциала.

**Материалы и методы.** С помощью системного информационно-аналитического метода проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников по вопросам современных теоретико-методологических подходов к изучению субъективной витальности как одного из ключевого личностного ресурса в норме и патологии.

**Результаты.** Личностный потенциал – это интегральная системная характеристика индивидуально-психологических особенностей личности, в основе которой лежит способность личности следовать согласно собственным внутренним критериям и ориентирам в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне постоянно меняющихся внешних условий. Это способность индивида проявлять себя как личность, выступать автономным саморегулируемым субъектом активности, который может оказывать целенаправленные изменения во внешнем мире и проявлять сопротивляемость и быть устойчивым к воздействию внешних обстоятельств, а также гибко реагировать на изменения внешней и внутренней ситуации. Субъективная витальность, являясь одним из ключевых компонентов личностного потенциала, можно определить, как осознанное переживание человеком наполненности энергией и жизнью, рассматривая ее как отражение физического и психологического благополучия личности; иначе говоря, это субъективное переживание обладания физической и психической энергией. При высоком уровне витальности человек ощущает, что полон энтузиазма, жизненных сил и энергии. Следовательно, витальность ассоциируется с чувством наполненности внутренней силой (мощи), сильными позитивными переживаниями и спокойной энергией, то есть с позитивно окрашенными состояниями. Субъективная витальность соотносится с восприятием человека, самого себя, как «источника» деятельности. Повышение субъективной витальности сопровождается переживанием чувства автономии и целостности или самоактуализации. Конфликтные ситуации, чрезмерные нагрузки на личность, препятствующие саморегуляции и самоактуализации, в особенности те, которые связаны с ощущением недостатка сил, самостоятельности или связанности с окружающим миром, наоборот, способствуют снижению уровня субъективной витальности. Субъективная витальность является не только теоретическим конструктом, но также имеет важное практическое значение. По нашему мнению, витальность играет важную роль в совладании с повседневными стрессами и вызовами судьбы, способствует более эффективной регуляции негативных эмоциональных переживаний, более конструктивной реакции на стресс, использование эффективных копинг-стратегий. При повышенном уровне субъективной витальности индивид использует более эффективные механизмы совладания со стрессом и выше оценивает свое состояние здоровья и благополучие. Субъективная витальность опосредует способность человека к мобилизации собственных ресурсов сопротивляемости заболеванию. Исследование уровня развития субъективной витальности у больных с психическими расстройствами, на наш взгляд, позволит не только раскрыть их адаптационные ресурсы, но и заложить основы личностно-ориентированных подходов в разработке персонализированных реабилитационных программ.

**Выводы.** Субъективная витальность является одним из ключевых компонентов личностного потенциала и играет важную роль в процессе совладания с трудными обстоятельствами жизни, а также в развитии личности в целом, являясь не только мерой психологического благополучия, но и полноценным личностным ресурсом.

*Радионо В.Г., Торба А.В., Радионо Д.В.*

ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР

ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер» ЛНР

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Св. Луки»

### **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ, ТЕРАПИЮ И ПРОФИЛАКТИКУ РАКОВ КОЖИ**

Терапия злокачественных новообразований кожи (ЗНК) предусматривает сегодня значительное количество всевозможных методов оперативного и консервативного лечения, включая фокальное или перифокальное введение рекомбинантных интерферонов, фотодинамический с использованием специфических фотосенсибилизаторов, хирургический, радио-волновой, лазерный, иссечение как первичной опухоли, так и остаточной после гамма-терапии, комбинированный (лучевой, хирургический, медикаментозный, фотодинамический), криодеструкцию и др.

Необходимо отметить, что излечение больных наступает более чем у 90%, своевременно обратившихся по поводу ЗНК и профессионально правильно подобранным методом терапии. Учитывая положительные результаты использования различных методов лечения, необходимо указать и на все еще имеющие место рецидивы ЗНК, в особенности в труднодоступных местах кожи головы, таких как внутренний угол глаза, нижнее или верхнее веко, ушная раковина и др. С этой целью мы в последние годы используем вначале консервативный метод лечения с применением рекомбинантного  $a_2$ -интерферона (интрона А, реаферон, альтевир и др.), а при отсутствии желаемого результата (крайне редко), удаляем с помощью криодеструкции или радио-волновой хирургии. Иммуномодулирующая терапия с использованием рекомбинантного  $a_2$ -интерферона обусловлена лизирующим воздействием на опухолевые клетки, цитостатическим эффектом и модуляцией ряда онкогенов, активацией системы комплемента, клеток киллеров, тканевых макрофагов и др., что позволяет получать не только положительный терапевтический эффект, но и профилактировать появление ЗНК.

Наблюдаемые нами больные были с типичными клиническими формами узелковой, узелково-язвенной и нодулярной базалиомы, размером не превышающие 10 мм в диаметре. Препараты вводили не подкожно, как записано в инструкции, а перифокально внутрикожно (по типу лимонной корки с целью создания депо препарата в эпидермисе), обкалывая очаг в 2-3 точках, а также и интрафокально (внутридермально), 3 раза в неделю в дозе 1,5-3 млн МЕ, в зависимости от размеров и клинического состояния опухоли. Средняя курсовая доза была равна 18 млн МЕ, при необходимости дозу удваивали. Осложнений при проведении консервативной терапии базальноклеточного рака кожи не было отмечено ни в одном случае.

Изложенное свидетельствует, что серьезной проблемой состояния дерматоонкологической помощи населению является не только своевременно проведенное лечение, но и организация системы ранней диагностики, которая сегодня абсолютно не соответствует современным требованиям медицины, поэтому более 20 % опухолей, в первую очередь меланомы, выявляется на поздних сроках опухолевого процесса, когда практически спасти пациентов уже не представляется возможным. Несомненно, это относится и ко всем ЗНК, особенно метатипическому раку кожи, который представляет собой язвенную базалиому с плоскоклеточной дифференцировкой и частыми метастазами. С этой целью необходима междисциплинарная программа, согласованная на уровне Минздрава, главных республиканских специалистов и профессиональных рабочих групп по составлению данной программы. Крайне важно создание дерматоонкологических отделений в диспансерах и организация поликлинического приема врачами дерматологами во всех ЛПУ республики (что нами уже сделано), которые возьмут на себя функцию ранней диагностики, дальнейшего консервативного, аппаратного, а при необходимости, в согласовании с врачами онкологами, хирургического лечения предраков и раков кожи с последующим регулярным диспансерным наблюдением.

Необходима координация и алгоритм в работе дерматологической и онкологической служб на всех этапах оказания специализированной помощи больным с предраками и раками кожи. Это наиболее реальный путь повышения качества оказания медицинской помощи и, в конечном счете, сохранения многих жизней и улучшения здоровья нашего населения.

*Радионов В.Г.*

ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР

### **ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА И НАША ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

Что сделано нами за годы самостийности Украины для целого поколения наших последователей в вопросах диагностики, лечения и профилактики хронических дерматозов и заболеваний, передающихся половым путем? Практически ничего, а если и сделано, то неизмеримо мало. Нормальных, адекватных схем лечения трансмиссивно-сексуальных инфекций, к сожалению, нет. Имеющиеся, через 20 лет привели после эпидемии сифилиса отмечавшейся в 95-97 годы прошлого столетия к развитию у значительного количества больных серорезистентности, появлению врожденного и поздних форм заболевания, таких как кардиоваскулярный и нейросифилис, во всех красотах его проявлений: *tabes dorsalis*, прогрессивный паралич или табопаралич. В сравнении с прогрессирующими Сингапуром или Китаем мы просто пока не сдвинулись с места. Нам, славянам, очевидно необходимо ещё в таком же «темпе проработать» дважды по 20 лет, чтобы в общей сложности прошло 40, как у Моисея, чтобы забыть все и, начать заново, но, к большому сожалению, уже не нам.

Эти вопросы на сегодня относятся в первую очередь к сменяющимся один за одним министрам и специалистам Минздрава республики и, к нам уважаемые коллеги. У нас нет пока стержневой, цементирующей структуры как в Минздраве, так и в службах в частности, которые могли бы скоординировать усилия всех регионов и разработать стратегический план развития здравоохранения и всех служб республики. Мы забыли, что значит нести полную ответственность перед коллегами и нашими согражданами за разработку проектов государственных программ, адекватных министерских приказов, протоколов и стандартов лечения, директивных документов, планов на перспективу и многое другое.

Примерно такая же картина вырисовывается на уровне государства и в вопросах дерматоонкологии. К примеру, касаясь больных хроническими ретикулезами кожи, необходимо отметить, что ни наша служба, ни врачи онкологи не знают достоверных данных о распространенности этих заболеваний среди нашего населения. Данные пациенты могут длительный срок оставаться трудоспособными и не предъявлять особых жалоб, несмотря на развившуюся гепатоспленомегалию, выраженные полиаденит и манифестные кожные проявления.

В конечном счете, наступают изменения со стороны крови, которые в короткий срок приводят к летальному исходу. И эти данные не утешительны, так как в течение нескольких лет после начала заболевания первичным ретикулезом смерть наступает у 70% больных. Поэтому к отдаленному прогнозу следует подходить с осторожностью, не забывая о том, что длительно протекающий доброкачественный процесс таит в себе угрозу тяжелого исхода, неожиданно приобретая черты злокачественного течения. Такие больные с начальными проявлениями заболевания приходят на прием к дерматологу и, в лучшем случае, поступают в дерматологические стационары. Им устанавливаются диагноз ретикулеза кожи, а вернее Т-клеточной лимфомы кожи, назначается общепринятое лечение и по окончании лечения пациенты выписываются с незначительным улучшением. Некоторые направляются на консультацию к онкологу-гематологу, который после обследования не находит атипичные гиперхромные Т-хелперы с церебриформными ядрами (клетки Сезари), обладающие злокачественной природой, не видит четкой картины заболевания и больные «благополучно» уходят домой. Динамическое наблюдение в большинстве случаев не проводится. Больные оказались в группе пограничных заболеваний, которыми непонятно кто должен заниматься, дерматологи или онкологи и они возвращаются на прием к дерматологу уже с зудящей эритро- и меланодермией, лимфаденопатией, алопецией, лейкоцитозом, т.е. с развернутой картиной эритродермического варианта Т-клеточной лимфомы кожи среднего типа злокачественности – синдромом Сезари. Специалисты дерматологи понимают, что не особо «благодарные» эти заболевания в плане лечения, но все же, кто должен лечить данных пациентов на ранних стадиях развития кожного процесса? В чьих протоколах и стандартах лечения расписано их междисциплинарное мониторинговое наблюдение? Нет ни у онкологов, нет и у дерматологов. Вот так, к сожалению, живем и работаем, чаще остаемся неслышанными.

*Радионон Д.В.*

ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР

### **ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНЫМ СИФИЛИСОМ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

Определение нарушенного иммунного статуса у больных серорезистентным (СР) сифилисом имеет большое значение для представления механизмов развития данного состояния после проведенного полноценного лечения и целенаправленной разработки комплексной терапии, включающей методы, как алопатического, так и нетрадиционного лечения. Для оценки эффективности предлагаемых методов лечения пациентов с СР в сочетании с хроническими гепатитами и изменениями со стороны гепатобилиарной системы (ГБС), было проведено иммунологическое обследование пациентов основной и контрольных групп до начала и после завершения основного курса комплексной специфической терапии. До начала проведения терапии у больных наблюдалась дискоординация между функционирующими клетками иммунной системы. Так, состояние клеточного иммунитета обследованных пациентов характеризовалось Т-лимфопенией, дисбалансом субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, преимущественно за счет определенного снижения количества циркулирующих в периферической крови Т-хелперов/индукторов (CD4+), в тоже время количество CD8+ -клеток (Т-супрессоров/киллеров) снижалось значительно меньше. Иммунорегуляторный индекс CD4+/CD8+ у наблюдаемых пациентов во всех группах было достоверно сниженным, вследствие чего до начала лечения преобладал относительный супрессорный вариант вторичного иммунодефицита (ВИД).

Уменьшение количества CD4+ -лимфоцитов и соотношения CD4+/CD8+, по-видимому, является следствием взаимодействия иммунной системы, *Treponema pallidum* и вирусов гепатита у отдельных больных до проведения лечения СР сифилиса. При проведении иммунологического обследования наблюдаемых больных после завершения курса лечения, было установлено, что динамика изучаемых иммунологических показателей в значительной степени зависела от конкретно проведенного метода лечения, которые использовались в терапии пациентов той или иной группы.

После завершения разработанного нами комплексного лечения пациентов первой (основной) группы, можно считать патогенетически обоснованным и перспективным методом терапии с использованием внутривенного введения пенициллина в курсовой дозе параллельно с введением озонированного физиологического раствора (ОФР), пероральным приемом и внутривенными инфузиями гепатопротекторов Тиотриазолина и Эссенциале форте Н, у больных с СР сифилисом, протекающего на фоне хронических гепатитов и нарушений со стороны ГБС, что способствовало практически полной нормализации как количественных, так и функциональных показателей клеточного звена иммунитета, очевидно, за счет санации имевшей место патологии ГБС и проведения озонотерапии, как одного из эффективных методов, влияющих как на иммунную систему, так и на восстановление функциональной способности печени.

При проведении в группе сравнения пациентов с СР сифилисом только антибиотикотерапии не отмечается полной негативации серологических реакций и нормализации некоторых иммунологических показателей, характеризующих состояние клеточного иммунитета как после завершения, так и спустя 1,5 года наблюдений.

В период диспансерного наблюдения (до 2-х лет) целесообразно динамическое изучение иммунологических показателей у пациентов с СР сифилисом, получивших разработанное нами комплексное лечение, с целью установления параметров иммунного статуса и с перспективой проведения, при необходимости, дополнительных курсов иммунореабилитации больным с данной коморбидной патологией ГБС на фоне ВИД.

*Радионон Д.В.*

ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР

## **ДИНАМИКА И ЗМЕНЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНЫМ СИФИЛИСОМ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

Хронические вирусные гепатиты, в том числе медикаментозные, алкогольные и др. стеатогепатиты, имеют преимущественно ремиттирующее течение и страдают ими чаще лица репродуктивного и работоспособного возраста, что является причиной временной потери трудоспособности и порой, ранней инвалидизации больных. Характер распространения хронических вирусных гепатитов, склонность к возникновению эпидемий, реальность заражения при половых контактах, возможность индукции многих системных заболеваний позволяет считать сочетание вирусных поражений печени и сифилитической инфекции сложной патологией, а её комплексное изучение и профилактику весьма актуальной.

Нами изучено функциональное состояние печени на основании некоторых биохимических показателей у пациентов двух групп с СР сифилисом, получавших разнонаправленную терапию. У всех обследованных с выявленными гепатитами и изменениями со стороны ГЭС до начала проведения лечения биохимические показатели, характеризующие функциональное состояние печени были практически одинаковыми. Так, общая концентрация билирубина в крови, как общего, так и непрямого в среднем была на уровне верхней границы нормы. Содержание прямого билирубина до лечения было несколько повышенным у пациентов обеих групп ( $P < 0,05$ ) и составило от  $(6,3 \pm 0,15)$  мкмоль/л до  $(6,8 \pm 0,2)$  мкмоль/л, при нормальном его содержании  $3,2-5,5$  мкмоль/л, что свидетельствовало (со слов некоторых пациентов) о незначительном выражении нарушений билирубинового обмена.

Содержание аминотрансфераз в сыворотке крови у пациентов обеих групп было повышено. Так, активность АЛТ превышала показатели группы здоровых лиц в  $2,1-2,2$  раза, а АсАТ – в 2 раза, что свидетельствовало о наличии у больных до начала лечения умеренного цитолиза и не исключает его появления в результате раннепроведенной массивной антибиотикотерапии по поводу поздних форм сифилиса. Средние показатели тимоловой пробы так же были умеренно повышенными у всех наблюдаемых пациентов ( $P < 0,05$ ). Наряду с имеющимся умеренным циррозом, выявлены некоторое повышение уровня холестерина и  $\beta$ -липопротеидов от  $1,38$  до  $1,47$  раза.

После завершения разработанного нами курса комплексной терапии с использованием внутривенного введения пенициллина параллельно с внутривенным введением озонированного физиологического раствора, пероральным приемом и внутривенным введением гепатопротекторов Тиотриазолина и Эссенциале форте Н, все изучаемые биохимические показатели у больных первой группы находились в пределах нормы, что свидетельствует о практически полном восстановлении функционального состояния печени и, что не мало важно, о достижении стойкой клинико-биохимической ремиссии ранее выявленной хронической патологии со стороны ГЭС на фоне вторичного иммунодефицитного состояния пациентов.

У больных второй (контрольной) группы, получавших полноценное лечение только антибактериальными и общеукрепляющими препаратами, отмечалась нормализация в сыворотке крови уровня общего и непрямого билирубина. Несколько снизилось после лечения содержание прямого билирубина, активности сывороточных аминотрансфераз: АЛТ и АсАТ, а так же показателя тимоловой пробы, однако, они находились выше нормы группы здоровых лиц.

Таким образом, при проведении лечения пациентов с СР сифилисом необходимо проводить комплексное обследование с целью выявления соматической патологии и, в первую очередь, выявления вирусных гепатитов и другой патологии ГЭС. Мониторинг обследования и лечения данных пациентов должен иметь междисциплинарный поход.

*Резниченко Н.А.<sup>1</sup>, Майлян Э.А.<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»<sup>2</sup>ГОУ ВПО «Донецкий Национальный медицинский университет имени М.Горького»

## **МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА**

Остеопороз (ОП) представляет одну из актуальных проблем здравоохранения во всем мире в связи с чрезвычайно широкой распространенностью, высоким риском переломов и инвалидизации. В структуре заболеваемости по социально-экономической и медицинской значимости ОП является ведущей патологией костно-мышечной системы. По данным ВОЗ, ОП вышел по значимости на четвертое место среди неинфекционных заболеваний после сердечно-сосудистой и онкологической патологии, диабета. Особо высокие показатели заболеваемости ОП приходятся на женщин в постменопаузе. Среди российских женщин старше 50 лет каждая третья (33,8%) имеет вышеуказанное заболевание. В Украине у 20-25% пациенток в возрасте старше 50 лет наблюдается более одного перелома тел позвонков. Начиная с возраста 50 лет, в течение последующей жизни имеют вероятность сломать бедренную кость 7% российских женщин.

Крайне тревожные показатели заболеваемости ОП и связанных с ним низкоэнергетических переломов у женщин в постменопаузальном возрасте свидетельствуют о необходимости разработки современных способов предупреждения заболевания для профилактики будущих переломов. Одной из важнейших задач в организации медицинской помощи должно быть выявление женщин группы высокого риска по развитию ОП и своевременное назначение им соответствующих профилактических программ.

Цель исследования – создать математическую модель для прогноза развития постменопаузального ОП на основании результатов комплексного исследования этиопатогенетических факторов заболевания.

Обследовано 525 женщин в постменопаузальном возрасте. Производился осмотр и опрос женщин с помощью структурированного вопросника. Остеоденситометрия выполнялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Исследование полиморфизмов генов *COL1A1*, *CYP19A1*, *ESR1*, *IL-6*, *LRP5*, *TNFSF11*, *TNFRSF11B*, *VDR* выполняли методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Для создания формулы расчета риска развития постменопаузального ОП использовался метод бинарной логистической регрессии. Зависимой переменной являлся диагноз. При этом отсутствие заболевания обозначалось как «0». Наличие ОП соответствовало значению «1». В качестве независимых переменных выступали изученные клинико-анамнестические данные (индекс массы тела, возраст менархе и менопаузы, длительность менструального цикла, количество детей, длительность кормления грудью, частота занятий физкультурой, количество потребления молока и молочных продуктов, алкоголя и т.д.) и генетические факторы. Наличие генетического предиктора заболевания (генотип соответствующего гена, ассоциированный с ОП) обозначалось значением «1», а его отсутствие – «0».

Пошаговое включение и исключение предикторов позволило отобрать 4 независимых переменных ( $p < 0,05$ ), использование которых дает возможность наиболее эффективно отражать риск формирования ОП у женщин в постменопаузе. К ним были отнесены ИМТ (индекс массы тела) и три генетических полиморфизма – rs1800012 гена *COL1A1*, rs9594738 и rs9594759 гена *TNFSF11*.

Полученная модель показала достаточно высокие показатели чувствительности (83,1%) и специфичности (72,4%). Общая доля правильно предсказываемых результатов – 78,4%.

Созданная математическую модель для расчета риска развития постменопаузального ОП проста и удобна в практическом использовании и с достаточно высокой степенью специфичности и чувствительности позволяет заблаговременно выявлять женщин группы риска для своевременного назначения им профилактических программ.

**Романенко Т.А.<sup>1</sup>, Сихарулидзе А.Г.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

<sup>2</sup>Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

### **СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В КРУПНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ГОРОДА ДОНЕЦКА**

По данным российских ученых инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), поражают 5-10 % пациентов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), увеличивают в 3-4 раза стоимость лечения и в 5-7 раз – риск летального исхода. Их истинное количество в 67-83 раза превышает данные официальной статистики.

Нами были проанализированы динамика и структура заболеваемости ИСМП в крупном медицинском центре города Донецка за 2011-2017 гг. Регистрация случаев ИСМП там была начата в 2003 г. В настоящее время она проводится согласно приказов МЗ Украины № 236 «Об организации контроля и профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных инфекций, вызванных микроорганизмами, резистентными к действию antimicrobных препаратов» от 04.04.2012 г., № 181 «Эпидемиологический надзор за инфекциями области хирургического вмешательства и их профилактика (методические рекомендации)» от 04.04.2008 г., № 234 «Об организации профилактики внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» от 10.05.2007 г.

Уровень заболеваемости ИСМП в медицинском центре в 2011 г. составлял 0,74 случая на 1000 пациентов, постепенно возрастал до 1,52 в 2014 г., а затем снизился и достиг показателя 0,99 в 2017 г., что, однако, на 25,2 % выше, чем в 2011 г. Среднемноголетний показатель заболеваемости составил 1,06 на 1000 пациентов. В структуре выявленных случаев ИСМП регистрировались госпитальные пневмонии, нагноения послеоперационной раны, эмпиема плевры, абсцессы и другие осложнения. Основное место занимали госпитальные пневмонии, на которые приходилась почти половина всех зарегистрированных в 2011-2017 гг. случаев ИСМП (среднемноголетний показатель 40,3 %). При этом имеется тенденция во времени к увеличению удельного веса госпитальных пневмоний в последние годы за счет снижения этого показателя для других нозологий ИСМП. Так, в 2011 г. процент пневмоний составлял 47,8 %, а в 2017 г. – 73 %, то есть увеличился в 1,5 раза. По среднемноголетним показателям эмпиема плевры возникла у 19,4 % пациентов с ИСМП, нагноение послеоперационной раны – у 18,9 %, абсцессы – у 5,6 %. Регистрировались единичные случаи других видов ИСМП, которые, в общем, составили 15,8 % ИСМП, возникших в течение всего проанализированного периода. ИСМП регистрировались преимущественно в хирургических стационарах у послеоперационных больных. Так, в 2011 г. в терапевтических отделениях было зарегистрировано 2 случая ИСМП, что составило 8,7 %, в хирургических – 21 случай (91,3 %). И такое соотношение оставалось постоянным на протяжении указанного периода наблюдений.

Оценить истинную заболеваемость ИСМП не представляется возможным в связи с низким уровнем регистрации случаев гнойно-септических осложнений у пациентов всех отделений ЛПУ. В течение всего периода учета ИСМП (с 2003 г.) единичные случаи выявлялись госпитальным эпидемиологом при ретроспективном анализе историй болезни пациентов, находившихся на лечении. Такая ситуация связана с нежеланием практикующих врачей выносить информацию о данных случаях за пределы отделений. В связи с этим нет возможности провести своевременный эпидемиологический анализ, выявить причины послеоперационных осложнений и

других ИСМП и определить рациональные мероприятия по предотвращению их возникновения. То есть, на современном этапе необходимо усилить работу среди врачей и руководителей ЛПУ по усилению их осведомленности о проблеме выявления, учета, профилактики ИСМП.

*Романенко Т.А.<sup>1</sup>, Горохова А.А.<sup>2</sup>, Антилогов А.А.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

<sup>2</sup>Макеевский городской лабораторный центр РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР, г. Макеевка

<sup>3</sup>Городская детская клиническая больница № 1, г. Донецк

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ИНФЕКЦИЯМИ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Под инфекциями в области хирургического вмешательства (ИОХВ) считают любую клинически распознаваемую инфекцию, поражающую органы и ткани организма человека, затронутые в ходе хирургической операции, и возникающую именно в связи с хирургическим вмешательством. ИОХВ имеют высокое эпидемиологическое, социальное и экономическое значение. По общепринятым международным данным частота госпитальных инфекций в хирургических стационарах в среднем составляет 10-12 на 100 операций. ИОХВ значительно снижают результаты оперативного лечения, отягощают течение основного заболевания, вызывают тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом. Они значительно увеличивают затраты на лечение больных. Оценочная стоимость лечения ИОХВ у одного пациента составляет от 5000 до 40000 долларов США. Стоимость лечения возрастает за счет увеличения продолжительности госпитализации пациента, дополнительных экономических затрат на диагностику, повторных хирургических вмешательств, которые не редко приводят к летальным исходам, негативно сказываются на сроках восстановления трудоспособности оперированных больных. Появляется необходимость применения дорогостоящих антимикробных препаратов резерва, а это, в свою очередь, способствует росту антибиотикорезистентности штаммов возбудителей ИОХВ и формированию госпитальных штаммов.

Проблемы ИОХВ состоят в недоучете этих случаев у прооперированных пациентов, в отсутствии учета влияния факторов риска лечебно-диагностического процесса на частоту возникновения этих осложнений. В развитии инфекции имеют значение как патогенность м/о, так и концентрация их в тканях. Установлено, что для развития инфекционного процесса в ране общее количество условно патогенных микроорганизмов (УПМ) в 1 г ткани должно превышать «критический» уровень  $10^5$ - $10^6$ . Этот «критический» уровень колеблется в зависимости от физиологического и функционального состояния тканей раны (гипоксия, ишемия, травматизация, некроз, гематома, инородное тело), снижения местного иммунитета тканей и общей резистентности организма. Выделяют эндогенную инфекцию (результат активации УПМ нормальной микрофлоры из нестерильных полостей во внутреннюю среду организма) и экзогенную (результат проникновения в организм патогенных м/о и УПМ из внешней среды). Подавляющее большинство (90 % и более) ИОХВ имеют эндогенное происхождение, при котором возбудитель проникает в операционную рану с кожи пациента, из половых органов и кишечника при их рассечении или резекции, с током лимфы или крови. В большинстве случаев причиной ИОХВ являются м/о, входящие в состав нормальной микрофлоры человека (желудочно-кишечный тракт, женские половые органы, верхние дыхательные пути). При экзогенных инфекциях заражение происходит от пациентов с различными формами гнойно-септических инфекций, или от медицинских работников-носителей возбудителей инфекции, или через контаминированные этими возбудителями объекты окружающей среды. Ведущими путями передачи в этих случаях являются контактный (через руки медперсонала) и инструментальный (искусственный). Инкубационный период принято считать более одной недели, вплоть до 30 дней после операции, в случае инородного тела – даже в течение года. Главную группу риска составляют больные, подвергшиеся «загрязненным» и «грязным» операциям, особенно со вскрытием толстого и тонкого кишечника, больные с наличием свободного гноя в брюшной полости до операции.

Истинный уровень и частоту ИОХВ в отделениях хирургического профиля возможно установить путем внедрения в стационаре эпидемиологического надзора (ЭН), наблюдения за исходами оперативных вмешательств. ЭН будет способствовать объективной оценке ситуации, выявлению факторов риска, построению рациональных мер профилактики ИОХВ. Он должен базироваться на классических учениях эпидемиологии и современных подходах, позволяющих установить группы и факторы риска возникновения ИОХВ.

*Романенко Т.А.*

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЭПИДЕМИОЛОГИЯ» НА КАФЕДРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ**

На современном этапе развития системы здравоохранения большое значение имеет повышение профессионализма врачей на последипломном уровне в системе непрерывного медицинского образования. Ординатура является одним из важных современных видов последипломной подготовки специалистов. В настоящее время сложилась напряженная эпидемическая ситуация, характеризующаяся высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, инфекцией ВИЧ/СПИД, парентеральными вирусными гепатитами, из-за нехватки вакцинных препаратов имеется риск роста вакциноуправляемых инфекций, возникают эпидемические вспышки, в том числе особо опасных болезней (туляремия, бешенство). Для предупреждения распространения инфекционной заболеваемости среди населения, кроме разработки и совершенствования методов борьбы, улучшения

качества работы санитарно-эпидемиологической службы, большое значение играет подготовка кадров, владеющих знаниями законов общей эпидемиологии, а также методическими подходами и принципами построения мер борьбы с заразными болезнями. Поэтому научно-методическая организация качественной подготовки специалистов-эпидемиологов является очень важной задачей в современных условиях.

На кафедре эпидемиологии ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в 2018-20019 учебном году начали обучение в ординатуре по специальности 32.08.12 «Эпидемиология» два ординатора. Согласно основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации обучение длится два года и составляет 120 зачетных единиц (ЗЕТ). Структура программы состоит из трех блоков: дисциплины (45 ЗЕТ), практики (72 ЗЕТ), включающие базовую и вариативную части, и государственная итоговая аттестация (3 ЗЕТ). На кафедре разработаны календарно-тематические планы лекций и практических занятий, охватывающие содержание всех разделов дисциплины эпидемиологии. Соблюдены требования к кадровым условиям реализации программы ординатуры: лекции и занятия проводят два доктора медицинских наук и один кандидат медицинских наук, а также совместители из числа руководителей эпидемиологических подразделений практического здравоохранения с большим стажем работы. Для занятий оборудованы учебные комнаты с мультимедийными средствами обучения, стендами, таблицами, наборами инструктивных и регламентирующих документов. Каждому обучающемуся обеспечен доступ к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам: электронный каталог вузовской библиотеки, информационно-образовательная среда, ресурс ЭБС «Консультант студента». Кафедра имеет доступ к системе Интернет. Подготовлено учебно-методическое оснащение занятий, состоящее из наборов тестовых заданий для контроля теоретического уровня знаний, ситуационных задач для отработки практических навыков, учебных пособий по эпидемиологии. Организационная структура проведения практических занятий имеет несколько последовательных этапов: определение уровня подготовки к занятию, самостоятельная работа, анализ и коррекция самостоятельной работы, тестовый контроль, подведение итогов работы и оценивание. Это позволяет ординаторам качественно осваивать умения и навыки, предусмотренные требованиями к профессиональной деятельности с использованием компетентностного подхода. Задачами кафедры по обеспечению качественного обучения ординаторов в текущий момент является разработка методических указаний и рекомендаций по новым темам, а также обеспечение прохождения базовой части программы практики в эпидемиологическом отделе Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы.

**М.Ю. Рыков**

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Обоснование.** За последние десятилетия продолжается неуклонный рост числа онкологических заболеваний у детей, что определяет особую актуальность организации и планирования медицинской помощи детям со злокачественными новообразованиями.

**Цель исследования.** Совершенствование системы организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации.

**Материалы и методы.** Проанализированы оперативные отчеты за 2017 г. органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья 81/85 (95,3%) субъектов Российской Федерации.

**Результаты.** Численность детского населения составила 28132685 чел. (0 – 17 лет), число отделений детской онкологии – 47, детских онкологических коек – 1925 (0,7 на 10 тыс. 0 – 17 лет), среднее число дней занятости койки в году – 315,3 койко-дня. В 30 (35,3%) субъектах отделения детской онкологии отсутствуют, в 12 (14,1%) – отсутствуют детские онкологические койки. Число врачей, оказывающих медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями – 392, из них 259 (66%, 0,09 на 10 тыс. 0 – 17 лет) имеют сертификат врача-детского онколога. В 12 (14,1%) субъектах врачи-детские онкологи отсутствуют, 6 (7%) эти данные не предоставили. В 6 (7%) субъектов отсутствуют и детские онкологические койки и врачи-детские онкологи. Заболеваемость злокачественными новообразованиями составила 13,2 (на 100 тыс. 0 – 17 лет), распространенность – 91,3 (на 100 тыс. 0 – 17 лет), смертность – 2,5 (на 100 тыс. 0 – 17 лет), одногодичная летальность – 6,5%. Активно выявлено 8,3% пациентов. На лечение в медицинские организации федерального подчинения направлено 1385 (37,4%) первичных пациентов, за пределы территории Российской Федерации уехал 61 (1,6%) первичный пациент.

**Заключение.** Необходимо принять меры, направленные на модернизацию систему оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, а именно: повысить достоверности статистических данных, провести анализ потребности субъектов в числе детских онкологических коек и врачах-детских онкологах, внедрить критерии отбора пациентов на детские онкологические койки в составе медицинских организаций различных уровней, минимизировать дефицит врачей-детских онкологов, планомерно увеличивать число детских онкологических коек одновременно перераспределив существующие в соответствии с потребностями населения и уровнем загруженности, а также обеспечить маршрутизация пациентов в соответствии с трехуровневой моделью.

**Рыков М.Ю.<sup>1,2</sup>, Иноземцев И.Н.<sup>3</sup>, Коломенская С.А.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Республиканская детская клиническая больница, Донецк, Донецкая Народная Республика

<sup>4</sup> Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака, Донецк, Донецкая Народная Республика

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ: АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ В 2014–2017 ГГ.**

**Обоснование.** Анализ медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в условиях боевых действий представляет особую важность, поскольку проведение высокотехнологичного лечения в таких условиях — задача особенно сложная.

**Цель исследования** — проанализировать заболеваемость и смертность детей от злокачественных новообразований, оценить обеспеченность населения детскими онкологическими койками и врачами детскими онкологами в Донецкой Народной Республике (ДНР) в 2014–2017 гг.

**Материалы и методы.** Проведено экологическое исследование, в котором единицами анализа были агрегированные данные республиканского канцер-регистра о числе первичных и повторных пациентов со злокачественными и доброкачественными новообразованиями, умерших пациентов в ДНР в 2014–2017 гг., а также детских онкологических коек и врачей детских онкологов.

**Результаты.** Число детских онкологических коек — 10 (0,27 на 10 тыс. населения в возрасте 0–17 лет), детских гематологических коек — 40 (1,37 на 10 тыс.). Число врачей, занимающихся лечением детей с онкологическими заболеваниями, — 5: из них 1 врач детский онколог (0,02 на 10 тыс.), 3 врача-гематолога (0,08 на 10 тыс.) и 1 врач, не имеющий профильного сертификата. Заболеваемость злокачественными новообразованиями за 2014–2017 гг. сократилась на 25% (2014 г. — 9,6 на 100 тыс., 2017 — 7,2). В структуре заболеваемости доля гемобластозов составила 68,4%, опухолей головного мозга — 2,6%, прочих солидных опухолей — 29%. Показатель смертности вырос на 25,9% (2014 г. — 2,7; 2017 — 3,4).

**Заключение.** Низкие уровни показателя заболеваемости, а также структура заболеваемости свидетельствуют о дефектах выявляемости и учета пациентов. Для достоверного анализа смертности статистические данные отсутствуют: в 2014–2015 гг. известно лишь число пациентов, умерших в стационаре. Это объясняется отсутствием данных о катамнезе пациентов, что вполне объяснимо, учитывая высокую миграцию населения.

**Рыков М.Ю.**

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация  
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

## **СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Обоснование.** Совершенствование системы медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями — одна из наиболее актуальных проблем в мире, поскольку является не только медицинской проблемой, но и остросоциальной.

**Цель исследования.** Повышение доступности и качества медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Донецкой Народной Республике.

**Материалы и методы.** Проведен анализ основных статистических показателей, характеризующих медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями: число детских онкологических коек и врачей-детских онкологов, среднее число дней занятости койки в году, оборот койки, заболеваемость, смертность.

**Результаты.** Обеспеченность населения детскими онкологическими койками составляет 0,27 на 10 тыс., детскими гематологическими — 1,09 на 10 тыс., врачами-детскими онкологами — 0,02 на 10 тыс., врачами-гематологами — 0,08 на 10 тыс. Заболеваемость злокачественными новообразованиями за 2014–2017 гг. сократилась на 25% (2014 г. — 9,6 на 100 тыс., 2017 — 7,2). Показатель смертности, напротив, вырос на 25,9% (2014 г. — 2,7; 2017 — 3,4). Разработана стратегия развития медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, основанная на трехуровневой модели организации медицинской помощи: «нулевой» уровень (врач-участковый педиатр); первый уровень (врач-детский онколог в детской поликлинике) и второй уровень (врач-детский онколог отделения детской онкологии областной детской клинической больницы).

**Заключение.** На основании изложенного, первоочередными мерами, направленными на повышение доступности и качества медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, являются следующие: повышение достоверности статистических данных путем интеграции отделений детской онкологии в единую электронную базу данных; увеличение числа врачей-детских онкологов и детских онкологических коек; модернизация медицинских организаций с учетом lean технологий; внедрение трехуровневой модели оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями.

**Ряполова Т.Л.**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,  
кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Донецк, ДНР

## **ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ: ОТ DEMENTIA-PRAEEOX К КРИТЕРИЯМ DSM-V И МКБ-11**

Классическая дихотомия Э. Крепелина (1896) заключалась в выделении двух групп психозов (dementia praecox и маниакально-депрессивное помешательство) на основании семейного анамнеза, возраста начала заболевания, течения заболевания и исхода. Последовавшая за ним концепция О. Блейлера (1911) выделяла в качестве «первичного расстройства» шизофрению схизис мышления, расширяла рамки заболевания с отказом от важнейшего крепелиновского критерия разграничения психозов – исхода. При этом постулировалось, что позитивная симптоматика является дополнительной, а специфичными для шизофрении являются симптомы выпадения, определяющие схизис. Концепция К. Шнайдера () отрицала важность закономерностей течения и исхода. Шизофрения определялась как непостоянное разнообразие клинических форм с диагностическим приматом симптомов I ранга (звучание мыслей, спорящие и (или) обсуждающие голоса, голоса в форме диалога, соматические галлюцинации (телесные ощущения воздействия извне), отнятие или вкладывание мыслей, передача мыслей на расстоянии (трансляция, открытость мыслей), бредовое восприятие, другие ощущения или действия, вызываемые внешними силами). На протяжении последних десятилетий, особенно после внедрения в практику критериев МКБ-10, именно симптомы I ранга определяли диагностику шизофрении. В DSM-V имеются довольно революционные перемены касательно расстройств шизофренического спектра, которые представлены группой психических состояний с чётким набором диагностических критериев, общих с шизофренией, на уровне механизма или этиологии расстройства. Эти расстройства объединены на основе общих генетических дефектов, вызывающих восприимчивость к травмирующим факторам, причем вероятно, что они представляют разные проявления лежащей в их основе базовой уязвимости. Основные различия, в сравнении с DSM-IV и МКБ-10, касаются критериев продолжительности шизофреноподобной симптоматики в клинике расстройства, на которой и строится часть дифференциальной диагностики: острое психотическое расстройство – до 3 мес., шизофрения – от 6 мес. Нет разграничения форм шизофрении. Введены спецификаторы (определители, дименсии) для диагноза шизофрении: а) симптомы: позитивные, негативные, депрессивные, маниакальные и психомоторные (кататонические): по степени выраженности от 0 до 3; б) течение: первый и множественный эпизоды, острый эпизод и ремиссия; в) когнитивный определитель (по степени тяжести): скорость выполнения тестов, вербальная память; г) функциональный определитель. Нивелирована диагностическая роль симптомов I ранга по К. Шнайдеру с достаточностью выделения для постановки диагноза шизофрении одного ядерного симптома (бред, галлюцинации, нарушения мышления, ощущение воздействия, пассивность или контроль). Выделяется пять компонентов негативной симптоматики (притупленный аффект, алогия, ангедония, асоциальность и абulia, разделенные на две группы (первая - притупленный аффект и алогия, вторая группа - ангедония, асоциальность и абulia)).

Методологический кризис современной психиатрии заключается в абсолютизации как единственно возможного дименсионального подхода в рамках доказательной медицины с нивелированием парадигмы клинического подхода, расшатыванием границ психиатрического диагноза и формальной персонификацией оказания помощи без учета личностных функциональных возможностей пациента. Задачей психиатров на нынешнем этапе является достижение компромиссов между международными требованиями и национальными подходами для совершенствования и оптимизации качества оказываемой пациентам с психическими расстройствами специализированной помощи.

**Савченко В.С.<sup>1</sup>, Лепшина С.М.<sup>2</sup>, Скрипка Л.В.<sup>1</sup>, Мозговой В.В.<sup>3</sup>, Скрипка Н.С.<sup>2</sup>**

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР<sup>1</sup>

ГОО ВПО НОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО<sup>2</sup>

Республиканская клиническая туберкулезная больница<sup>3</sup>

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРАТНОСТИ ОБМЕНА РЕСПИРАТОРОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ГОДА**

**Актуальность:** В Донецкой Народной Республике (ДНР) продолжает сохраняться напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, в т.ч. по нозокомиальному. Среди медработников ежегодно регистрируются случаи заболевания туберкулезом. За последние четыре года увеличилось количество случаев туберкулеза среди медицинских работников противотуберкулезных учреждений: с 2 в 2015г. до 6 в 2017г.

В рамках инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях одним из важных и менее затратных мероприятий в профилактике нозокомиального туберкулеза является защита органов дыхания медицинских работников с помощью респираторов.

До настоящего времени не утверждены нормы в отношении длительности ношения респираторов, в связи с чем потребность в них, а также кратность замены приходится устанавливать экспериментальным путем в каждом конкретном учреждении здравоохранения.

**Цель:** Проведение расчета длительности использования респираторов медицинскими работниками противотуберкулезных учреждений в зависимости от времени года.

**Материалы и методы:** Использовали респираторы серии Алина-316 (FFP 3D). Исследование проводили в РКТБ в холодное время года - 12 медицинских работников и в теплое время года - 15 человек (средний и младший медперсонал). Расчет потребности в респираторах выполняли путем проведения качественного теста на плотность прилегания респиратора (фит-тест).

**Результаты.** Потребность в респираторах серии Алина-316 (FFP 3D) младшего и среднего медицинского персонала Республиканской клинической туберкулезной больницы в среднем составила 1 респиратор на 6 рабочих смен, как в холодное, так и в теплое время года.

**Выводы.** Нами установлено, что срок использования респираторов в противотуберкулезных учреждениях не связан с временем года.

**Савчук А.А.**

ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, Донецк, ДНР

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неонатологии.

Зав. Кафедрой - д.м.н., доц. Колесников А.Н., Науч. Рук - к.м.н. доц. Гридасова Е.И.

### **СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ**

**Цель:** сравнить эффективность ряда лекарственных веществ, применяемых для купирования хронического болевого синдрома у онкологических больных.

**Материалы и методы:** В исследование было включено 60 человек. Все пациенты отнесены к категории взрослых от 28 до 68 лет. 100%- женщины с диагнозом: Са тат. sin T3N2M0. Пациенты разделены на 3 статистически сопоставимые группы, которые получали разные препараты для купирования болевого синдрома. Группа №1 - 20 человек, которые получали в качестве обезболивания неселективный блокатор ЦОГ - 1 и ЦОГ-2 Кеторолак по 30 мг 2 раза в сутки. Группа №2 - 20 человек получали блокатор ЦОГ - 1 и ЦОГ - 2 Дексалгин 50 мг 2 раза в сутки. Группа №3 - 20 человек получали агонист опиоидных рецепторов - Промедол 20 мг 1 раз в сутки.

**Результаты:** В процессе исследования (до обезболивания и после) проводился опрос пациенток по шкале вербальных оценок: 0 - боли нет, 1 - боль слабая, 2 - боль умеренная, 3 - боль сильная, 4 - боль самая сильная. В 1 группе до обезболивания 14 человек оценили степень боли как умеренную (2 балла), 3 как - боль слабая (1 балл), 3 - боль сильная (3 балла). Во 2 группе 13 пациентов оценили боль как умеренную (2 балла) 4 пациента - боль сильная (3 балла), 3 пациент - боль слабая (1 балл). В 3 группе 13 человек оценили боль как сильную (3 балла) 5 пациента - очень сильная (4 балла) 2 - умеренная (2 балла). После обезболивания в результате опроса получили следующие результаты: в 1 группе - 4 пациента - боли нет (0 баллов), 15 пациентов - боль слабая (1 балл), 1 пациент - боль умеренная (2 балла). Во 2 группе - 14 пациентов - боль слабая (1 балл), 3 пациента - боль умеренная (2 балла), 3 пациент - боли нет (0 баллов). В 3 группе - 11 пациентов - боли нет (0 баллов), 6 пациента - боль слабая (1 балл), 3 пациент - боль умеренная (2 балла). Полученные данные сравнили по критерию Манна-Уитни.

**Выводы:** Применение кеторолака, дексальгина и промедола вызвало статистически доказанное уменьшение болевого синдрома во всех группах больных (U-критерий равен 32,5 ( $p < 0,05$ ); 49,5 ( $p < 0,05$ ) и 3,0 ( $p < 0,05$ ) соответственно). Сравнение эффективности анальгетического эффекта не выявило приоритетности среди препаратов, т.к. выраженность боли после обезболивания в группах статистически не различалась (U-критерий равен 132 ( $p > 0,05$ ); 149,5 ( $p > 0,05$ ) и 174,5 ( $p > 0,05$ )).

Следовательно, для купирования хронического болевого синдрома можно применять как НПВС (Кеторолак, Дексалгин) так и агонист опиоидных рецепторов (Промедол). При выборе препаратов следует учитывать сопутствующие заболевания, например, при язве, нежелательно, назначать НПВС, а при угнетении дыхательного центра нельзя использовать агонист опиоидных рецепторов.

**Саламех К.А., Соцкая Я.А.**

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск, Луганская Народная Республика

### **ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНОВ С АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

В условиях большого индустриального региона Донбасса с высоким уровнем загрязнения окружающей среды выбросами и отходами промышленных предприятий заболеваемость острым тонзиллофарингитом (ОТФ), который нередко возникает на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) значительно превышает аналогичные показатели для регионов с благоприятной экологической обстановкой.

Одной с главных причин прогрессирования данной патологии считается сохранение и усиление нарушений в системе антиоксидантной защиты, что связано с повышенным употреблением и быстрым истощением в условиях патологического состояния запасов витаминов с антиоксидантными свойствами (ретинола, токоферола, аскорбиновой кислоты). Поэтому наше внимание привлекла возможность изучения содержания витаминов с антиоксидантными свойствами у больных ОТФ на фоне ХОБЛ, и влияние циклоферона на данные показатели.

Целью работы было изучение влияния циклоферона на содержание витаминов с антиоксидантными свойствами в крови больных ОТФ на фоне ХОБЛ.

Под наблюдением находились 145 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, которые были разделены на 2 группы: основную (73 пациента), которые дополнительно к общепринятому лечению получали циклоферон, и группу сопоставления (72 больных), которые получали только общепринятую терапию.

В результате проведенных исследований установлено, что у больных ОТФ на фоне ХОБЛ, до начала лечения имело место снижение в крови концентрации витаминов с антиоксидантными свойствами.

Так концентрация аскорбиновой кислоты в крови обследованных больных основной группы была ниже нормы в среднем в 3,66 раза ( $15,2 \pm 0,2$  мкмоль/л), а в группе сопоставления в 3,61 раза меньше нормы ( $15,4 \pm 0,6$  мкмоль/л;  $P < 0,01$ ); концентрация ретинола в основной группе - в 1,85 раза меньше нормы и составила  $11,2 \pm 0,3$  мкг/мл, а у пациентов группы сопоставления - в 1,82 раза ( $11,4 \pm 0,8$  мкг/мл;  $P < 0,05$ ). Уровень токоферола в основной группе больных составил  $7,9 \pm 0,4$  нмоль/л (в 2,4 раза меньше нормы), а в группе сопоставления -  $8,1 \pm 0,3$  нмоль/л, что в 2,3 раза меньше относительно нормы ( $P < 0,01$ ).

При повторном обследовании данных показателей после окончания лечения отмечалась положительная динамика содержания витаминов с антиоксидантными свойствами в сыворотке крови.

В основной группе пациентов (которые в комплексе лечения получали циклоферон) содержание изученных витаминов приближался к средней границе нормы. Так содержание ретинола повышался относительно исходного значения в 1,8 раза ( $19,8 \pm 0,3$  мкг/мл;  $P < 0,05$ ), аскорбиновой кислоты - в 3,6 раза ( $54,9 \pm 0,2$  мкмоль/л;  $P < 0,01$ ), токоферола - в 2,3 раза ( $18,1 \pm 0,4$  нмоль/л;  $P < 0,01$ ). Следовательно, отмечена практически полная нормализация изученных показателей.

В группе сопоставления, то у пациентов этой группы также отмечена положительная динамика концентрации данных витаминов, однако существенно менее выражена, чем у больных основной группы. Содержание ретинола оставалось сниженным относительно нормы в 1,4 раза ( $14,3 \pm 0,8$  мкг/мл;  $P < 0,05$ ), аскорбиновой кислоты - в 2,2 раза ( $25,5 \pm 0,6$  мкмоль/л;  $P < 0,01$ ), токоферола - в 1,9 раза ( $9,9 \pm 0,3$  нмоль/л;  $P < 0,01$ ).

Таким образом, включение циклоферона в комплекс лечения больных ОТФ на фоне ХОБЛ, патогенетически обоснованно и клинически эффективно.

*Салоникиди А.И., Сотник Ю.А., Чебалина Е.А.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького,  
кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ**

Проблема диагностики серозных менингитов остается актуальной. Расшифровка серозных менингитов при спорадической заболеваемости по данным литературы не превышает 26%, несмотря на современные методы лабораторной и инструментальной диагностики.

Под нашим наблюдением находились больные с лабораторно подтвержденным серозным менингитом. Лечение проводилось в условиях инфекционного отделения до выздоровления или до установления диагноза туберкулезного менингита или СПИДа с последующим переводом в профильные отделения.

Методом сплошной выборки отобраны 154 пациента, находившихся на лечении в клинике инфекционных болезней ДонНМУ в 2012-2017 годах. 58 (37,7%) пациентам установить причину серозного менингита не удалось. 96 (62,3%) больных диагностированы: энтеровирусная, герпетическая, инфекционная мононуклеозная, микоплазменная, криптококковая, легтоспирозная, токсоплазмозная, лимфоцитарный менингиты, ВИЧ-инфекция; у 7 (4,6%) уточненный менингит сочетался с ВИЧ-инфекцией. Процент расшифровки серозных менингитов в нашей клинике соответствует данным литературы.

При сопоставлении основных клинических симптомов и окончательного диагноза выявить каких-либо закономерностей не удается, поэтому клиническая диагностика во многих случаях оказывалась затруднительной, так как симптомы и жалобы неспецифичны и приблизительно в равной степени встречаются при всех менингитах. У всех пациентов была лихорадка, подавляющее большинство (26, или 81,1%) беспокоила головная боль; у 27 (17,5%) отмечены головокружения и гиперестезии; у 58 (37,7%) - тошнота и/или рвота. Полная менингеальная триада выявлена у 58 (37,7%) больных. Менингеальные знаки - ригидность мышц затылка и симптом Кернига - определялись у 128 (83,1%).

При исследовании крови обращали внимание на увеличение палочкоядерных нейтрофилов. При нормальных показателях в периферической крови на уровне  $0,04-0,3 \times 10^9$ , средняя величина этого показателя у пациентов составила  $0,7 \pm 0,3 \times 10^9$ , выше средний показатель оказался у больных с туберкулезным менингитом ( $0,8 \pm 0,08 \times 10^9$ ), СПИДом ( $0,8 \pm 0,1 \times 10^9$ ) и при редко встречающихся менингитах - ( $1,6 \pm 0,18 \times 10^9$ ).

Спинно-мозговая пункция являлась основным критерием при установлении диагноза менингит. Средний уровень цитоза колебался от  $113,6 \pm 16,8$  при СПИДе до  $325,3 \pm 18,6$  при герпетическом менингите, приведенные различия достоверны ( $p < 0,05$ ). Обращали на себя внимание повышенное содержание белка ( $1359,1 \pm 31,9$  и  $1242,1 \pm 33,6$ ) и белково-клеточная диссоциация при туберкулезном менингите и при СПИДе (у 75,0% и 71,4%). Средний процент нейтрофилов в ликворе составлял  $33,1 \pm 6,3$ . Минимальный процент нейтрофилов выявлен при СПИДе -  $7,1 \pm 2,4$ , что достоверно отличается от всех других менингитов ( $p < 0,05$ ).

Таким образом оказывается, что при дифференциальной диагностике серозных менингитов специфической этиологии, ведущим является анализ спинно-мозговой жидкости. Для туберкулезного менингита характерен смешанный цитоз с преобладанием лимфоцитов, высокий блок, белково-клеточная диссоциация, низкий сахар. Аналогичные изменения оказались типичными для СПИДа, но при более низком уровне цитоза и незначительном проценте нейтрофилов. В ряде случаев герпетического менингита диагноз устанавливался по наличию характерной сыпи (у 11, или 44,0%, больных) и/или exjvantibus: при отсутствии положительной динамики на патогенетической терапии больным с предположительно вирусным менингитом назначался ацикловир с последующей санацией ликвора и улучшением общего состояния больного.

*Седаков И.Е., Бутенко Е.В.*

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

## **РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ОНКОПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Целью** данной работы явилась разработка и внедрение в клиническую практику методов хирургической реабилитации пациенток с сохранением онкологического радикализма лечения.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включено 53 пациентки, с гистологически подтвержденным раком молочной железы (РМЖ) стадии T<sub>1-4</sub>N<sub>0-2</sub>M<sub>0</sub>. Все пациентки получали комбинированное или комплексное лечение с учетом результатов патогистологического и иммуногистохимического исследований опухоли. При выполнении онкопластических резекций (20 пациенток) применялись как методики перемещенных, мобилизованных glandулярных лоскутов, так и техники ротационных лоскутов, редукционной маммопластики. У 19 пациенток выполнены двухэтапные реконструкции молочной железы после ранее перенесенных радикальных мастэктомий, в том числе у 12 из них в комбинации с симметризирующей операцией на контрлатеральной молочной железе. Одномоментные реконструкции после кожесохранных мастэктомий с использованием имплантата молочной железы в комбинации с сетчатым викариловым имплантатом проведены 14 пациенткам, и 10 из них выполнены симметризирующие операции.

Результаты исследования и их обсуждение.

Период наблюдения составил от 18 до 36 месяцев, местных рецидивов не зарегистрировано. У 1 пациентки зарегистрировано продолжение заболевания – метастазы в контрлатеральные надключичные лимфоузлы, по поводу чего выполнена лимфодиссекция, проведены курсы химио-гормонотерапии.

**Заключение.** Онкопластическая и реконструктивная хирургия рака молочной железы с соблюдением всех принципов онкологического радикализма позволяет получить хороший эстетический результат, не допустить развитие психоэмоциональных стрессов и добиться быстрого возвращения к активной социальной жизни.

*<sup>1,2</sup>Седаков И.Е., <sup>1,2</sup>Попович А.Ю., <sup>1,2</sup>Заика А.Н., <sup>1,2</sup>Богданов Б.А.,*

*<sup>2</sup>Лисаченко И.В., <sup>2</sup>Глотов А.В., <sup>2</sup>Кондаков М.Д.*

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

<sup>2</sup> Республиканский онкологический центр им. Г.В. Бондаря, г.Донецк

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ**

**Цель работы:** изучить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с запущенными формами рака желудка.

**Материалы и методы:** за 20-ти летний период работы в Республиканском онкологическом центре им. Г.В. Бондаря выполнено 153 паллиативных гастрэктоми. Среди них мужчин было 93, женщин – 60. Средний возраст пациентов составил 57,8 лет. По локализации процесса больные распределились следующим образом: 39 – тело желудка, 28- тотальное поражение, 24 – кардиальный отдел с переходом на пищевод, 21- антральный отдел и тело желудка, 15 – тело и кардиальный отдел желудка, 7 – антральный отдел желудка. В 78 случаях была выполнена простая гастрэктомия, в 53 случаях операции носили комбинированный характер, в 17 – комбинированный расширенный, в 2- комбинированный расширенный симультанный, в 2 – расширенный, в 1 – симультанный расширенный. В дальнейшем 5,2% больных получали адъювантное химиолучевое лечение.

**Результаты и обсуждения:** Послеоперационные осложнения наблюдались в 12,4% случаях. При этом несостоятельность швов пищеводно-тонкокишечного анастомоза отмечена в 1,9% случаев. Послеоперационная летальность составила 2,6%, что примерно соответствует данному показателю при радикальных операциях. Средняя продолжительность жизни после паллиативных гастрэктоми составила 21 месяц, после химиотерапии около 10 мес. 3-х летняя выживаемость после паллиативных гастрэктоми составила 3%, после химиотерапии случаев 3-летней выживаемости не было отмечено.

**Выводы:** выполнение паллиативных гастрэктоми позволяет увеличить 3-летнюю выживаемость и среднюю продолжительность жизни больных, улучшить качество их жизни, при этом не увеличивая количество послеоперационных осложнений и показатель послеоперационной летальности по сравнению с радикальными операциями.

*Семикоз Н. Г., Селивра Ю. Н., Тараненко М. Л., Боднар Б. В., Бондарь А. В.*

Донецкий Национальный Медицинский университет им. М. Горького

Республиканский онкологический центр им. проф. Бондаря Г.В.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

В мировой практике лучевая терапия показана в более чем 80% случаев онкологических заболеваний. В последнее десятилетие данный вид лечения претерпел большие изменения, что позволило значительно расширить показания к его применению и улучшить результаты лечения. Эти изменения стали возможны благодаря оснащению онкологических учреждений ускорителями излучений высоких энергий, гамма-аппаратами для внутритоплостного облучения по принципу последовательного введения эндостатов.

Лучевую терапию при злокачественных образованиях можно проводить как самостоятельно, особенно в случае поверхностно расположенных опухолей (например, кожа), так и в сочетании с операцией и химиотера-

пией. Предоперационная радиотерапия способствует уменьшению размеров опухоли, снижению риска отрыва и попадания раковых клеток в кровеносные и лимфатические сосуды, что повышает эффективность лечения. В случае запущенных форм, при наличии метастазов возможно улучшение жизнедеятельности пациентов, снижение болевого синдрома, а также препятствие дальнейшего разнеса раковых клеток по организму.

На сегодняшний день для проведения радиологических методов лечения в республике на оснащении находятся для дистанционной лучевой терапии 2 линейных ускорителя и 8 кобальтовых гамма-установок, для брахитерапии – 3 гамма-аппарата, для рентгентерапии – 8 установок, функционируют 210 коек, ежегодно лечение получают более 6000 тысяч пациентов.

Современные технологии в лучевой терапии позволяют добиться максимально эффективного результата лечения.

*Серажим А.Г., Андреев Р.Н., Ермаченко А.Б., Садеков Д.Р.*  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»  
кафедра гигиены ФИПО

### **ХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

В настоящей работе рассмотрены гигиенические вопросы качества питьевой воды изагрязнения ее хлороформом.

Нами дана оценка влияния факторов риска питьевой воды на частоту возникновения злокачественных новообразований женской репродуктивной системы в сельских районах Донецкой области.

Для этой цели использованы данные годовых отчетов лечебно-профилактических учреждений, годовые отчеты санитарно – эпидемиологической службы, характеризующие показатели качества питьевой воды за период 2010-2013 гг.

Анализ онкологической заболеваемости показал на наличие связи между употреблением воды с превышением ПДК хлороформом и развитием злокачественных новообразований женской репродуктивной системы (молочная железа, яичники, шейка матки). Доказано, что на развитие данной патологии влияет использование питьевой воды, содержащей хлороформ.

Корреляционный анализ свидетельствует о том, что между заболеваемостью и уровнем содержания хлороформа существует прямая достоверная корреляционная связь. Установлены коэффициенты связи между злокачественными новообразованиями молочной железы – 0,63, яичников – 0,50, шейки матки – 0,52. Это указывает на то, что связь между онкологической заболеваемостью и употреблением воды с превышением ПДК хлороформа является основной причиной её возникновения.

Доказана прямая корреляционная связь (коэффициент корреляции 0,80) между концентрацией хлора в воде и интенсивностью образования хлороформа в питьевой воде при ее хлорировании.

Показано, что в случае увеличения концентрации хлороформа в питьевой воде на 10 %, число новообразований возрастает на 5,2 %.

Таким образом, повышенное содержание хлороформа в питьевой воде влияет на возникновения и развитие онкопатологии женской репродуктивной системы в сельских районах Донецкой области. Минимизация и полное исключение загрязнения питьевой воды хлороформом являются основными мероприятиями, направленными на обеспечение безопасности здоровья женского населения. Социально – гигиенический мониторинг должен быть организован на всей территории ДНР.

В будущем необходимо переходить на более современные методы обеззараживания питьевой воды (замена хлорирования и переход на альтернативные способы обеззараживания, а именно использование УФ-облучения, ультразвука и др.). Не исключается возможность перехода на комбинированное использование хлора и физико-химических методов обеззараживания водопроводной воды.

Существующая технология хлорирования воды не исключает образование хлороформа в питьевой воде, поэтому необходимо рекомендовать населению использование водоочистных фильтров со специальными загрузками (активированным углем или иными сорбционными материалами), а также отстаивание и кипячение питьевой воды перед ее употреблением.

*Сигитова Е.В., Коценко Ю.И.*  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»  
Кафедра неврологии и медицинской генетики

### **«НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ: СПЕКТР НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ»**

**Цель.** Изучить спектр неврологических синдромов, ассоциированных с поражением лимфоидной ткани.  
**Материалы и методы.** Обзор современной научной литературы.

**Результаты.** По данным литературы, около 20% больных острыми лейкозами погибают от нейролейкоза (НЛ). На момент установления диагноза лейкемии НЛ диагностируют у 6% пациентов с острой лимфобластной лейкемией и у 0,5-5% пациентов с острой миелобластной лейкемией. Возникновение НЛ обусловлено метастазированием лейкозных бластов в паутинную и мягкую мозговые оболочки головного и спинного мозга.

Характерными проявлениями НЛ являются внутричерепная гипертензия, менингеальный синдром и цитоз в цереброспинальной жидкости. По данным литературы, частота достижения ремиссии при этой группе за-

болеванний достигает 50-80%. Однако пока не сложилось представления о течении НЛ в контексте современной тактики лечения острых гемобластозов.

Описано четыре варианта поражения нервной системы: синдром лейкозного менингоэнцефалита (69%); синдром поражения черепных нервов (зрительного, глазодвигательного, лицевого, тройничного и преддверно-улиткового нерва – чаще всего – в области хиазмы) – 4,5%; синдром поражения периферических нервов (22%) – в виде полирадикулоневрита; синдром локального поражения головного мозга – псевдотумора (4,5%). Исходное поражение лейкозными клетками оболочек мозга ассоциируется или с высоким лейкоцитозом, или с монобластными вариантами острого миелобластного лейкоза. Особую нишу в поражении ЦНС занимают лейкоцитозы, обусловленные резким нарастанием в крови содержания бластных элементов, и эмболизация ими мелких сосудов.

Непосредственным следствием лейкоцитозов могут быть вторичные геморрагии, что клинически проявляется различными вариантами поражений головного и/или спинного мозга. В литературе встречаются единичные описания церебральных поражений на фоне острого миелобластного лейкоза, в частности гипоталамуса с синдромом несахарного диабета и экстремедуллярной компрессии опухолевидным инфильтратом бластных клеток.

**Выводы.** Неоднозначность неврологических осложнений острого лейкоза требует дальнейшей систематизации данных нарушений.

*Сидоренко Ю.А., Вегнер Д.В., Ступаченко Д.О., Нисевич В.Н., Кутя А.А.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна

### **СИНДРОМ ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Патология щитовидной железы (ЩЖ) шейно-медиастинальной локализации отличается высокой частотой компрессионных осложнений, в ряде случаев до 8-12%, пациенты поступают urgently, в крайне тяжелом состоянии и требуют экстренного хирургического лечения.

**Цель работы** – усовершенствовать лечебно-диагностический алгоритм при данной патологии для улучшения непосредственных результатов.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 104 пациентов с патологией щитовидной железы шейно-медиастинальной локализации, находившихся на лечении с 2010 по 2015 год включительно.

Согласно профилю, в торакальных отделениях ДокТМО концентрировались пациенты с раком щитовидной железы, осложненным компрессией трахеи, пищевода и сосудов шеи и как следствие асфиксией, дисфагией, синдромом сдавления верхней полой вены.

В клинике выработан и применяется алгоритм обследования данной категории пациентов, который кроме общеклинических, содержит и специальные методы изучения данной патологии (УЗИ, КТ и др.)

**Результаты и обсуждение.** Разработанный алгоритм диагностики, с учетом клинических проявлений, позволил правильно установить диагноз до операции у 101 (95%) пациента. У трех больных внутригрудной зоб симулировал опухоль средостения.

Все пациенты оперированы. При шейном и шейно-медиастинальном зобе использовался доступ по Кохеру, который при заблокированной верхне-грудной апертуре дополнялся частичной продольной стернотомией, значительно реже применяемой сейчас в связи с накоплением опыта этих операций.

При внутригрудном зобе использовался торакотомный доступ.

Отдельную группу 38 (37 %) человек, составили пациенты с онкопатологией ЩЖ.

Выполняемый объем оперативного вмешательства зависел от данных дооперационной пунктирно-аспирационной или трепан-биопсии и интраоперационного экспресс гистологического исследования. Он варьировал от резекции до экстирпации ЩЖ при шейно-загрудинной локализации доброкачественного патологического процесса, и обязательном удалении всего образования при внутригрудной. При раке тиреоидэктомия с лимфодиссекцией. Во всех случаях использовалась экстрафасциальная методика удаления.

Различные осложнения отмечены в 7 (6,7%) случаев. Летальных исходов не было.

**Выводы:**

1. Пациенты, с данной патологией должны обследоваться и оперироваться в специализированных отделениях высококвалифицированными хирургами.

2. Вид доступа при осложненном шейно-медиастинальном зобе определяется индивидуально, но предпочтителен шейный доступ, который, в случае необходимости, дополняется частичной продольной стернотомией. При внутригрудной локализации зоба показана торакотомия.

3. Использование экстрафасциальной методики резекции ЩЖ позволяет снизить частоту рецидивов зоба, повышает радикальность выполненного оперативного пособия и является единственно приемлемой при онкологическом процессе.

4. Объем оперативного вмешательства напрямую зависит от данных гистологического заключения, в связи с чем проведение дооперационного и интраоперационного морфологического исследования является обязательным.

**Симрок В.В.<sup>1</sup>, Удовика Н.А.<sup>1</sup>, Гордиенко Е.В.<sup>1</sup>, Пархомчук Д.С.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

<sup>2</sup>ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»

### **ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В РОДАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

В структуре выездов общепрофильных бригад скорой помощи повод к вызову «роды» встречается до 2-5%. Правильно оказанные пособия на догоспитальном этапе могут быть ключевым звеном экономии материальных затрат на госпитальном этапе. Мы считаем, что специалисты скорой помощи должны периодически проходить *усовершенствование по теме «Роды вне стационара»*, которое включает лекционный материал, решение ситуационных задач по типу кейсов (практическая работа бригады в виртуальных условиях, приближенных к реальности – «роды в поезде», «роды на дому», «роды в санитарном транспорте», «роды на пляже», «новорожденный не дышит», «новорожденный не кричит» и др.) и повторяющуюся отработку практических навыков оказания акушерских пособий на симуляторах (муляжах, фантомах) или тренинги. Тренинги могут проводиться в удобное для обучающегося время, а завершающим этапом должен быть зачет - демонстрации навыков оказания реанимационных мероприятий новорожденному и экстренной медицинской помощи роженице (кровотечение, шок, судорожный припадок, анафилаксия и др.).

В работе представлены наиболее важные моменты при оказании помощи в родах на догоспитальном этапе: при мекониальном окрашивании околоплодных вод, нарушении сердечного ритма плода, в случае невозможности экстренной эвакуации роженицы в стационар, вызывать на себя специализированную бригаду; при определении явных потуг надеть медицинские перчатки и приступить к оказанию помощи по рождению ребенка; роды вести с пассивным (на фоне схваток) опусканием головки на тазовое дно, избегая управления потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы); родившуюся головку плода не крутить ни вправо ни влево, а ждать, когда она сама повернется вслед за плечиками; не проводить приемы выдавливания плода (в т.ч. Кристеллера); не поднимать ребенка при не пережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты); выполнить все мероприятия по соблюдению «тепловой цепочки»; обработку пуповины антисептиками не проводить и на пуповинный остаток стерильную повязку не накладывать!; после рождения ребенка поздравить мать и спросить о первых ощущениях и переживаниях (психологическая поддержка); помочь приложить ребенка к груди; дальнейшая обработка новорожденного производится в родильном доме; до отделения плаценты от стенок матки не тянуть за пуповину и не проводить наружный массаж матки; после родов оценить объем кровопотери (мл) и рассчитать % от массы тела; в сопроводительном документе указать диагноз, время рождения ребенка, осложнения, отметить другие ситуации; при жизнеугрожающих состояниях у матери проводить катетеризацию вены, начинать инфузию кристаллоидов и срочно госпитализировать в роддом, уметь провести абдоминальную компрессию аорты (точка надавливания прямо над пупком и немного левее; давить не более 8 минут!) или двуручное сдавление матки (кулак одной руки в переднем своде влагалища, другой рукой через переднюю брюшную стенку надавить на заднюю стенку матки по направлению к первой руке; сдавливать до прибытия в роддом); по пути следования в роддом сообщить о ситуации диспетчеру скорой помощи для заблаговременного информирования роддома (быстро развернуть операционную, быть готовыми на оказание помощи при шоке и ДВС-синдроме); во всех случаях родов вне стационара мать и ребенок подлежат экстренной госпитализации в роддом; в период транспортировки ребенок находится на животе у матери, укрытый с головой; разлучать ребенка с матерью только в случае крайней необходимости. Для успешной работы догоспитального звена немаловажна *преемственность* в работе с медиками родильных домов.

**Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Бугаенко О.А., Маскевич А.В.**

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ВКУСОВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Восприятие вкуса является мощной детерминантой пищевого поведения детей. Это делает детей особенно уязвимыми за счет доступности рафинированных продуктов с высоким содержанием жиров и сахаров. В детской популяции стала очевидной зависимость роста распространенности ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, заболеваний желудочно-кишечного тракта от искаженных пищевых привычек.

Целью нашего исследования был анализ пищевого поведения в период беременности матерей детей раннего возраста с избыточной массой тела и оценка детского пищевого рациона на первом году жизни.

Под нашим наблюдением находилось 105 детей в возрасте 1,5-3 лет с избыточной массой тела (МТ), для оценки которой использовали показатель Z-score:  $\geq 2$  – избыточная МТ. Оценку пищевых приоритетов в период беременности с анализом основных нутриентов и энергетической ценности рациона проводили относительно норм физиологической потребности в них (методические рекомендации МР 2.3.1. 2432-08-М., 2009).

Анализ среднесуточного набора продуктов в период беременности показал, что несмотря на включение рацион основных продуктов питания (мясо, рыба, молоко, яйца, овощи, фрукты), их количественный состав был недостаточным (68,6%) в отличие от хлебобулочных изделий, выпечки, сладостей, нередко заменяющих завтрак, полдник, так как вкусовые привычки у большинства из них (73,3%) были преимущественно связаны с углеводным питанием (сладости, мучные изделия). Употребление белоксодержащих продуктов было недостаточным: мясо ежедневно употребляли только 18,5% женщин, арыбу (5,8%). Жиры употреблялись в избыточном

количестве (87,1%), преимущественно за счет растительных жиров. Овощи и фрукты употреблялись с одинаковой частотой (29,1-29,6%). Анализ рациона питания беременных показал, что оно было нерациональным и несбалансированным по основным нутриентам, о чем свидетельствует соотношение между белками, жирами и углеводами. Так, потребление белков превышало в 1,3 раза за счет растительных и дефицита животных белков, жиров – в 1,4 раза, углеводов – в 2,3 раза, калорийность в 1,87 раза превышала должную. Контроль МТ выявил у 52,5% детей прибавку МТ первые три месяца ( $1505 \pm 432$  г), преимущественно находящихся на грудном вскармливании «по требованию». В первый год жизни отмечалась избыточная прибавка массы у 33,3% детей. В последующие годы скорость ежегодной прибавки веса у детей с избыточной МТ (ИМТ) на первом году жизни (43,5%) продолжала оставаться повышенной, составляя ежегодно 3–4 кг. Характер вскармливания жизни показал, что до 1 месяца на грудном вскармливании были 70% новорожденных, до 6 месяцев – 59,3%, до 1 года – только половина из них (54,6%), до 1,5-2 лет – 2%. При этом даже на фоне грудного вскармливания сроки введения прикормов нередко (37%) опережали должные. Обращает внимание раннее введение супов и пищи «с общего стола». Наиболее предпочтительными в этот период были каши, иногда несколько раз в день.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что питание матерей детей раннего возраста с избыточной массой тела в период беременности было несбалансированным и нерациональным, с неправильными пищевыми приоритетами, несоблюдением режима приема пищи и низкой физической активностью, было сопряжено с ранним переводом младенцев на искусственное вскармливание, инициирующее нарушение формирования микробиоты кишечника и риск развития метаболических заболеваний в детском возрасте. У 1/3 этой категории детей уже в первый год жизни регистрировали ИМТ на втором году жизни – у 58% детей. Приоритеты питания и пищевое поведение матерей в период беременности отражаются на формировании таковых у детей с сохранением искажений в последующей жизни.

*Сичанова Е.В., Савина Е.Л., Санина Е.В.*

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

### **ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Значимость проблемы здоровья среди молодежи особенно актуальна и обусловлена, во-первых, особой важностью этого периода для всей последующей жизни человека; во-вторых, наличием негативных тенденций в здоровье современной молодежи; в-третьих, тем, что именно молодежь представляет собой потенциал трудового и популяционного ресурсов в нашей стране. Спорт и физическая культура, выступая важнейшим элементом системы ценностей студенческой молодежи, должны занять приоритетное место в их повседневной деятельности, стать неотъемлемой частью их образа жизни.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования было выявление некоторых особенностей образа жизни студентов-медиков наиболее молодой (2 курс) возрастной группы. Исследование проводилось в виде анкетирования по опроснику, специально разработанному доцентом кафедры гигиены и экологии и состоящему из 8 пунктов.

В исследовании принимали участие 186 студентов 2 курса лечебного факультета (64 лиц мужского пола и 122 - женского) и 38 студентов 2 курса педиатрического факультета (6 юношей и 32 девушки) Луганского государственного медицинского университета им. Св. Луки в возрасте от 18 до 23 лет.

Были проанализированы ответы на предложенные вопросы и получены следующие данные:

1. Все студенты медицинского университета в данной возрастной группе (18-20 года) независимо от пола и факультета с различной частотой занимаются физической активностью.

2. Респонденты занимаются разнообразными видами спорта, и даже не только одним, но и сразу несколькими.

3. Самыми популярными видами спорта среди мужской части студенческой молодежи являются занятия в тренажерном зале, бег и другие виды спорта. Это связано, возможно, с тем что, они помогают поддерживать хорошую физическую форму, которая важна для молодежи.

4. Фитнесс (4.7%), йога (3.1%) и пилатес (0,0%) независимо от факультета совсем непопулярны среди мужской части студенчества.

5. Женская часть студентов лечебного факультета в равной степени отдает предпочтение ходьбе (44.3%), бегу (31.1%), фитнесу (33.6%) и другим видам спорта (29.5%).

6. Наибольшее число (46.9%) студенток педиатрического факультета занимается бегом.

7. Теннис, йога и пилатес среди девушек, также как и у их сверстников, не пользуются популярностью.

8. Большинство юношей (70.3% и 100.0%) и девушек (67.2% и 66.7%) обоих факультетов в теплый период года проводят на свежем воздухе максимальное количество времени (более 3 часов в день).

9. Более половины (59.0%) женской части студентов лечебного факультета в зимний период проводят на свежем воздухе менее 1 часа, а 36.9% из них – 1-3 часа в день.

10. На педиатрическом факультете в зимнее время одна часть студенток (43.8%) проводит на свежем воздухе ежедневно менее 1 часа, а другая (в таком же процентном соотношении) – 1-3 часа в день.

**Скиба Т.А., Сиротин В.И.**

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

### **ЗНАЧЕНИЕ ЭЙКОЗАНОИДОВ В РАЗВИТИИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ**

На сегодняшний день хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одно из самых распространенных заболеваний человека, которым преимущественно страдают лица старше 40 лет, причем, уровень заболеваемости среди мужчин выше, чем среди женщин. Известно, что остеоартроз (ОА) также значительно распространен, сопровождается процессом старения и при сочетании с ХОБЛ является фактором отягощения. Сопутствующий ОА способствует увеличению летальности больных от любых причин. Распространенность *ХОБЛ и ОА продолжает расти и омолаживаться*, что обуславливает важное медико-социальное значение изучения данной коморбидности.

Одним из важных патогенетических механизмов ХОБЛ является системное воспаление, которое сохраняется в стабильный период и активизируется при обострении заболевания, что играет негативную роль в его прогрессировании и формировании осложнений. Системное воспаление при ОА рассматривается как низкоинтенсивное. Поиск надежных медиаторов активности системного воспаления определит пути эффективного воздействия на активность болезни.

Цель работы – изучить содержание эйкозаноидов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с остеоартрозом.

Материал и методы исследования. Обследованы 167 пациентов, среди них 131 больной с ХОБЛ клинической группы В (GOLD II) в среднем возрасте (54,4±3,1) лет, которые лечились по поводу обострения ХОБЛ, в т.ч. 67 больных – с обострением ХОБЛ, сочетанной с ОА (основная группа), 64 больных с обострением ХОБЛ – I группа сравнения, и 36 пациентов с ОА II стадии без синовита (II группа сравнения). Контрольную группу составили 32 практически здоровых лица того же пола и возраста. Концентрацию эйкозаноидов лейкотриена (ЛТ) В4 и тромбоксана (Тх) В2 (стабильного метаболита ТхА2) в сыворотке крови и моче определяли с помощью наборов ЛТВ4 ELISA kit и ТхВ2 ELISA kit (Enzo Life Sciences, USA), полученные результаты обработали статистически.

Результаты. Концентрация ЛТВ4 в крови лиц основной группы была выше аналогичной у практически здоровых лиц в 25,3 раза ( $p<0,001$ ) и превышала уровень лиц I группы сравнения в 1,5 раза ( $p<0,05$ ) и таковую у лиц II группы сравнения в 12,8 раза ( $p<0,001$ ). Между содержанием ЛТВ4 в сыворотке крови больных основной группы и их значениями ОФВ1 выявлялась сильная отрицательная корреляционная связь ( $r = -0,812$ ,  $p<0,05$ ). Значения ТхВ2 в сыворотке крови больных основной группы были выше, чем в норме, в 11,8 раз ( $p<0,001$ ) и превышали аналогичные в I и II группах сравнения в 1,3 раза ( $p<0,05$ ) и 7,9 раз ( $p<0,001$ ) соответственно.

Позитивные средней силы корреляционные связи между содержанием в крови ТхВ2 и ЛТВ4 у пациентов с ХОБЛ, сочетанной с ОА, и ХОБЛ отображали взаимоусиливающее влияние эйкозаноидов с провоспалительным действием как медиаторов системного воспаления у пациентов

Выводы. Высокое содержание ЛТВ4 и ТхВ2 может быть маркером активности системного воспаления при сочетанном течении ХОБЛ и ОА.

**Скрипка Л.В., Бабуркина А.И., Акимова Л.С., Романенко Т.А.**

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора ГЭС МЗ ДНР

ГОО ВПО НОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

### **СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУЛЯРЕМИИ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.**

В Донецком регионе туляремия официально регистрируется с 1946 г., когда было выявлено наибольшее число заболевших – 106 случаев в Тельмановском, Артемовском, Волновахском районах. В 1949 г. было зарегистрировано 90 больных (Красноармейский и Старобешевский районы). Особенностью эпидемического процесса туляремии во время обеих вспышек было преобладание среди заболевших сельских жителей. Заболевания среди людей были связаны с поздним обмолотом скирд зерновых культур и с массовой эпизоотией мышевидных грызунов. Все последующие годы, благодаря увеличению объема грызуно-истребительных мероприятий, созданию иммунной прослойки среди населения, заболеваемость туляремией носила спорадический характер.

В 2016 г. проявили свою активность природные очаги туляремии в Новоазовском районе. За период 2016–2017 гг. на территории Новоазовского района было зарегистрировано 8 случаев туляремии, в т.ч. 7 среди лиц не гражданского сектора. В 2017 г. на территории Ясиноватского района (село Яковлевка) зарегистрирован активный очаг туляремии в связи с регистрацией случая заболевания среди лиц не гражданского сектора. Территория Ясиноватского района является энзоотичной по туляремии с 2004 г. по результатам позитивных находок при исследовании паренхиматозных органов зайца-русака, отловленного в охотничьих угодьях села Нетайлово (Донецкая обл., Украина). В 2015 г. при исследовании 6 экземпляров полевки обыкновенной, отловленных в природной станции Ясиноватского района (территория, прилегающая к селу Яковлевка), у 2-х выявлены антитела к туляремии в титре 1:20.

До 2016 г. культуры возбудителей туляремии в Донецком регионе не выделялись, несмотря на массовые лабораторные исследования. В 2016 г. лабораторией особо опасных инфекций Республиканского лабораторного центра госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР впервые была выделена культура возбудителя

туляремии (*Francisella tularensis*, подвид *holarctica*, биовар *II ery R* – эритромицинустойчивый) от мышей домашних, отловленных по эпидпоказаниям в селе Безыменное Новоазовского района. В январе 2017 г. было выделено еще 4 культуры *Francisella tularensis*, подвид *holarctica*, биовар *II ery R* от мышей домашних, отловленных по эпидпоказаниям в селах Самсоново, Хомутово и Безыменное Новоазовского района.

Несмотря на низкую заболеваемость людей, активность природных очагов туляремии сохраняется, о чем свидетельствуют результаты исследования проб внешней среды (погадки хищных птиц, мышевидные грызуны). За период с 2006 г. по 2017 г. из проб внешней среды отмечалось регулярное выделение антигена туляремии в материале из объектов окружающей среды. Удельный вес положительных находок увеличен с 10 % до 20,7 %.

При серологическом обследовании жителей и лиц не гражданского сектора, которые находились в природных очагах Новоазовского района в 2016–2017 гг. антитела к возбудителю туляремии обнаружены у 20 % обследованных лиц, что свидетельствует о широком вовлечении людей в эпидемический процесс и необходимости их иммунизации.

Таким образом, выделение штаммов туляремийного микроба от мышевидных грызунов и инфицирование объектов окружающей среды указывают на сохраняющуюся неблагоприятную эпизоотическую и напряженную эпидемическую ситуацию в отношении этой опасной природно-очаговой инфекции и на возможность возникновения заболеваний среди населения в местах циркуляции возбудителя.

*Скрипка Л.В., Бабуркина А.И., Савченко В.С., Калиберда С.В.*

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР

### **АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И БИОЛОГО-ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕНОСЧИКОВ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ**

Иксодовые клещи или иксодиды являются важным компонентом многих природно-очаговых биоценозов, не только как переносчики инфекционных заболеваний, но и как биологические хозяева, в организме которых возбудители способны размножаться, сохраняя патогенные свойства, и передаваться потомству трансовариально, в том числе и в процессе смены стадий развития.

Среди природно-очаговых инфекций, передающихся клещами, наиболее актуальным для Донецкого региона является иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ). Территориальное распространение нозологии, как правило, совпадает с ареалом переносчиков, которые встречаются во всех природных зонах региона и характеризуются обширным ареалом и широким кругом прокормителей (дикие и синантропные грызуны, домашние животные и др.). Клещи являются индикатором, по которому оценивается эпизоотическая активность и устойчивость природных очагов ИКБ. Риск инфицирования человека зависит от ряда факторов (сезонная активность клещей, их численность, частота контакта с ними и др.).

С целью изучения распространенности и биолого-экологических особенностей иксодид в Донецкой Народной Республике (ДНР) были проанализированы данные Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР о численности и активности иксодовых клещей с 2015 г. по июнь 2018 г. Всего за анализируемый период проведена видовая диагностика 6767 экземпляров иксодовых клещей, относящихся к 4 видам, удельный вес которых по результатам суммарных сборов в среднем составил: *Ixodes ricinus* - 46,4%, *Dermacentor marginatus* - 31,9%, *Rhipicephalus rossicus* - 12,6%, *Hyalomma plumbeum* - 9,1%. Распространение отдельных видов иксодид по ландшафтно – географическим зонам ДНР (Донецко-кряжной и приморско-степной) неравномерно в зависимости от природных условий и биологических особенностей каждого из видов. Так три первых вида регистрировались на всей территории ДНР, а иксодиды вида *Hyalomma plumbeum*, были выявлены только в восточных регионах ДНР (Торез, Харцызск, Снежное, Шахтерск и Шахтерский район), в основном, только в период первого сезонного подъема численности (май-июнь).

Среднесезонная численность иксодид при учетах на флаг за 2015-2017 гг. составляла от 0,4 до 0,5 экз. на флаг/км. При учетах данным методом доминировали клещи вида *Dermacentor marginatus* (53%), субдоминирующим видом был *Ixodes ricinus* (46%), а иксодиды вида *Hyalomma plumbeum* не выявлялись ни в одном из регионов. По результатам видовой диагностики клещей, снятых с людей и животных, преобладал вид *Ixodes ricinus* (в 41,3 % и 87,7% случаях соответственно), который на протяжении ряда лет выступает в роли основного хранителя ИКБ в Донецком регионе и характеризуется высокой агрессивностью по отношению к человеку. Это имеет большое эпидемиологическое значение, так как факт укуса клещом ежегодно отмечают более 50% заболевших ИКБ.

Обращения по поводу укусов клещами регистрируются в течение всего периода активности переносчика (с марта по ноябрь) на всех административных территориях ДНР. Наиболее высокие показатели в Горловке, Снежном, Торезе, Енакиеве, Ясиноватском районе. За последние 3 года в учреждения здравоохранения Республики обратилось более 10,5 тысяч укушенных клещами. Средний показатель обращаемости составил 3516 человек в год, а за 6 мес. 2018 г. уже зарегистрировано 3430 укушенных.

Резюме: результаты по изучению распространенности и биолого-экологических особенностей иксодид подтвердили наличие на территории Донецкого региона природных очагов ИКБ, которые на 01.01.2018 г. выявлены в 10 регионах, 112 населенных пунктах, в которых высокая численность основного переносчика ИКБ (*Ixodes ricinus*) определяет его повышенную агрессивность по отношению к человеку.

*Скрипка Л.В.<sup>1</sup>, Думчева И.Н.<sup>2</sup>, Павленко В.Н.<sup>2</sup>, Бабуркина А.И.<sup>1</sup>, Савченко В.С.<sup>1</sup>*

Республиканский центр санэпиднадзора госсанэпидслужбы<sup>1</sup>

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом<sup>2</sup>

Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

## **АНАЛИЗ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ**

Работники здравоохранения находятся в группе риска заражения гемоконтактными инфекциями (ВИЧ, вирусные гепатиты В, С) из-за возможности реализации артериального пути заражения. Профессиональное заражение медработников этими инфекциями происходит при случайном уколе или порезе медицинским инструментом, а также при попадании инфицированной биологической жидкости на слизистые оболочки. В Донецкой Народной Республике порядок проведения мероприятий, направленных на предупреждение профессионального заражения гемоконтактными инфекциями, изложен в приказе Министерства здравоохранения от 13.06.2016г. №575 «Об утверждении нормативных правовых актов о мерах защиты работников от заражения ВИЧ – инфекцией при исполнении профессиональных обязанностей».

Согласно отчетных данных из учреждений здравоохранения за последние 3 года количество аварийных контактов (среди медработников и населения) увеличилось с 10 в 2015 г., до 23 в 2016 г., а в 2017 г. достигло 93. Среди всех контактов с биологическими жидкостями пациентов удельный вес контактов с кровью находится в пределах 55 % - 60 % и частота таких контактов имеет негативную тенденцию к росту (0,4 на 1000 медработников в 2015г. до 1,4 в 2017г).

На 1-е место по аварийным контактам с кровью вышли наркологические отделения (6,8 на 1000 медработников), второе – патологоанатомические (4,0), третье - хирургические и стоматологические отделения и кабинеты (3,2).

Более половины всех зарегистрированных контактов с кровью приходится на средних медработников (52-58%), снизился удельный вес опасных контактов среди врачей и младшего медперсонала.

Основной из установленных причин возникновения аварийных ситуаций было несоблюдение правил безопасности по защите кожи и слизистых оболочек при контакте с биоматериалами (52%). Нарушаются стандарты технологии проведения процедур: снятие рукой иглы со шприца, перенос использованного оборудования с незащищенными иглами. По заключениям режимных комиссий, условия для аварийных контактов создает неосторожность медработников во время проведения процедур, обработки медицинским инструментария. В перинатальном центре у акушерки неосторожность была связана с продолжительностью рабочего времени 22 часа.

После получения травмы во время оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, все медработники после незамедлительного проведения комплекса мероприятий по предотвращению заражения ВИЧ в течении 3-х суток начинали прием противовирусных препаратов. В течении 6 месяцев пострадавшие обследовались на ВИЧ-инфекцию и через 6 месяцев снимались с диспансерного наблюдения. За период наблюдения ни один медработник, попавший в аварийную ситуацию при оказании помощи пациентам, не оказался инфицированным ВИЧ.

*Калиберда С.В.<sup>2</sup>, Клишкан Д.Г.<sup>1</sup>, Романченко М. П.<sup>2</sup>, Скрипка Л.В.<sup>2</sup>, Бабуркина А.И.<sup>2</sup>*

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики<sup>1</sup>

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР<sup>2</sup>

## **АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И БИОЛОГО - ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕНОСЧИКОВ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ**

Иксодовые клещи или иксодиды являются важным компонентом многих природно-очаговых биоценозов, не только как переносчики инфекционных заболеваний, но и как биологические хозяева, в организме которых возбудители способны размножаться, сохраняя патогенные свойства, и передаваться потомству трансовариально, в том числе и в процессе смены стадий развития. Среди природно-очаговых инфекций, передающихся клещами, наиболее актуальным для Донецкого региона является иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ). Территориальное распространение нозологии, как правило, совпадает с ареалом переносчиков, которые встречаются во всех природных зонах региона и характеризуются обширным ареалом и широким кругом прокормителей (дикие и синантропные грызуны, домашние животные и др.). Клещи являются индикатором, по которому оценивается эпизоотическая активность и устойчивость природных очагов ИКБ. Риск инфицирования человека зависит от ряда факторов (сезонная активность, численность клещей и др.).

С целью изучения распространенности и биолого-экологических особенностей иксодид в Донецкой Народной Республике (ДНР) были проанализированы данные Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР о численности и активности иксодовых клещей с 2015 г. по июнь 2018 г. Всего за анализируемый период проведена видовая диагностика 6767 экземпляров иксодовых клещей, относящихся к 4 видам, удельный вес которых по результатам суммарных сборов в среднем составил: *Ixodes ricinus* - 46,4%, *Dermacentor marginatus* - 31,9%, *Rhipicephalus rossicus* - 12,6%, *Hyalomma plumbeum* - 9,1%. Распространение отдельных видов иксодид по ландшафтно – географическим зонам ДНР (Донецко-кряжной и приморско-степной) неравномерно в зависимости от природных условий и биологических особенностей каждого из видов. Так три первых вида регистрировались на всей территории ДНР, а иксодиды вида *Hyalomma plumbeum*, были выявлены только в восточных регионах ДНР (Торез, Харцызск, Снежное, Шахтерск и Шахтерский район), в основном, только в период первого сезонного подъема численности (май-июнь).

Среднесезонная численность иксодид при учетах на флаг за 2015-2017 гг. составляла от 0,4 до 0,5 экз. на флаге/км. При учетах данным методом доминировали клещи вида *Dermacentor marginatus* (53%), субдоминирующим видом был *Ixodes ricinus* (46%), а иксодиды вида *Hyalomma plumbeum* не выявлялись ни в одном из регионов. По результатам видовой диагностики клещей, снятых с людей и животных, преобладал вид *Ixodes ricinus* (в 41,3 % и 87,7% случаях соответственно), который на протяжении ряда лет выступает в роли основного хранителя ИКБ в Донецком регионе и характеризуется высокой агрессивностью по отношению к человеку. Это имеет большое эпидемиологическое значение, так как факт укуса клещом ежегодно отмечают более 50% заболевших ИКБ.

Обращения по поводу укусов клещами регистрируются в течение всего периода активности переносчика (с марта по ноябрь) на всех административных территориях ДНР. За последние 3 года в учреждения здравоохранения Республики обратилось более 10,5 тысяч укушенных клещами. Средний показатель обращаемости составил 3516 человек в год, а за 6 мес. 2018 г. уже зарегистрировано 3430 укушенных.

**Резюме:** результаты по изучению распространенности и биолого-экологических особенностей иксодид подтвердили наличие на территории Донецкого региона природных очагов ИКБ, которые на 01.01.2018 г. выявлены в 10 регионах, 112 населенных пунктах, в которых высокая численность основного переносчика ИКБ (*Ixodes ricinus*) определяет его повышенную агрессивность по отношению к человеку.

*Давыдова А.В.<sup>2</sup>, Клишкан Д.Г.<sup>1</sup>, Самисько А.Е.<sup>1</sup>, Романченко М.П.<sup>2</sup>, Ткаченко И.М.<sup>2</sup>*

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики<sup>1</sup>

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР<sup>2</sup>

### **ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТОВ В ДНР**

Эпидемиологическое значение острых вирусных кишечных инфекций (ОВКИ) определяется широким распространением и высокой заразностью возбудителей, которые вызывают многообразие клинических проявлений и представляют серьезную проблему для здравоохранения. Применение современных методов лабораторной диагностики позволило существенно расширить знание об этиологических факторах и показать высокое этиологическое значение вирусов у больных острыми гастроэнтероколитами (ОГЭК).

Самыми распространенными группами ОВКИ являются рота-, норо- и энтеровирусные. Расширение диагностических возможностей позволило установить, что норовирусы по своей значимости являются вторым, после ротавирусов, этиологическим агентом ОГЭК у детей первых лет жизни, а также причиной случаев заболевания со смертельным исходом у пожилых людей и лиц, страдающих врожденным или приобретенным иммунодефицитом.

В настоящее время установлена ведущая роль норовирусов в возникновении вспышек ОГЭК не бактериальной природы, которые зачастую регистрируются в ограниченных группах: в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, домах престарелых, колониях, местах общественного питания, лечебных заведениях и т.д.

Попадая во внешнюю среду, норовирус сохраняет жизнеспособность в течение многих дней, его высокая контагиозность обеспечивается устойчивостью к воздействию различных температур, некоторым дезинфицирующим средствам и ультрафиолетовому облучению.

Дифференциальный диагноз у больных с норовирусной инфекцией проводят с инфекционными заболеваниями, при которых в клинической картине на первый план выступает синдром гастроэнтерита и в первую очередь с ротавирусным гастроэнтеритом. Из-за сходства симптомов выбор оптимального способа лечения данной инфекции зависит от своевременной диагностики и лабораторной верификации вирусного генеза заболевания.

Острое начало и короткая продолжительность норовирусной инфекции обуславливают необходимость применения экспрессных методов лабораторной диагностики, влияющих на качество лечения и проведение соответствующих противоэпидемических мероприятий, предупреждающих распространение инфекции.

Для изучения и оценки интенсивности циркуляции рота- и норовирусов среди больных ОВКИ, а также среди здорового населения на территории Донецкой Народной Республики (ДНР), в вирусологической лаборатории Республиканского центра санэпиднадзора МЗ ДНР проводился плановый санитарно-эпидемиологического надзор за ОВКИ с применением современных методов исследования: иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразно-цепной реакции (ПЦР), который позволил установить существенное этиологическое значение вирусов в общей структуре ОГЭК. Так, в 2016г., удельный вес позитивов на ротавирусную инфекцию составил-40%; на норовирусную-21%, на энтеровирусную-4% из общего количества обследованных больных с ОВКИ. В 2017г., удельный вес позитивов на ротавирусную инфекцию составил-29%; на норовирусную-11%, на энтеровирусную-21%. За 8 месяцев 2018г. удельный вес позитивов на ротавирусную инфекцию составил- 38%; на норовирусную-20% из общего числа обследованных с ОВКИ.

**Резюме:** для дальнейшего изучения эпидемического процесса вирусных инфекций и повышения эффективности эпиднадзора за ОВКИ необходима разработка эффективного вирусологического мониторинга, который позволит определять целесообразность лабораторных исследований и внедрять в систему здравоохранения адекватные профилактические и противоэпидемические мероприятия для предупреждения эпидемических осложнений.

**Скрипка Л.В.<sup>2</sup>, Самисько А.Е.<sup>1</sup>, Бабуркина А.И.<sup>2</sup>, Грянова Л.И.<sup>2</sup>, Романенко Т.А.<sup>3</sup>**

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики<sup>1</sup>  
Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР<sup>2</sup>  
ГОО ВПО НОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО<sup>3</sup>

## **СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУЛЯРЕМИИ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ**

В Донецком регионе туляремия официально регистрируется с 1946 г., когда было выявлено наибольшее число заболевших – 106 случаев в Тельмановском, Артемовском, Волновском районах. В 1949 г. было зарегистрировано 90 больных (Красноармейский и Старобешевский районы). Особенностью эпидемиологического процесса туляремии во время обеих вспышек было преобладание среди заболевших сельских жителей. Заболевания среди людей были связаны с поздним обмолотом скирд зерновых культур и с массовой эпизоотией мышевидных грызунов. Все последующие годы, благодаря увеличению объема грызуно-истребительных мероприятий, созданию иммунной прослойки среди населения, заболеваемость туляремией носила спорадический характер.

В 2016 г. проявили свою активность природные очаги туляремии в Новоазовском районе. За период 2016–2017 гг. на территории Новоазовского района было зарегистрировано 8 случаев туляремии, в т.ч. 7 среди лиц не гражданского сектора. В 2017 г. на территории Ясиноватского района (село Яковлевка) зарегистрирован активный очаг туляремии в связи с регистрацией случая заболевания среди лиц не гражданского сектора. Территория Ясиноватского района является энзоотичной по туляремии с 2004 г. по результатам позитивных находок при исследовании паренхиматозных органов зайца-русака, отловленного в охотничьих угодьях села Нетайлово (Донецкая обл., Украина). В 2015 г. при исследовании 6 экземпляров полевки обыкновенной, отловленных в природной станции Ясиноватского района (территория, прилегающая к селу Яковлевка), у 2-х выявлены антитела к туляремии в титре 1:20.

До 2016 г. культуры возбудителей туляремии в Донецком регионе не выделялись, несмотря на массовые лабораторные исследования. В 2016 г. лабораторией особо опасных инфекций Республиканского лабораторного центра госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР впервые была выделена культура возбудителя туляремии (*Francisella tularensis*, подвид *holarctica*, биовар II ery R – эритромицинустойчивый) от мышей домовых, отловленных по эпидпоказаниям в селе Безыменное Новоазовского района. В январе 2017 г. было выделено еще 4 культуры *Francisella tularensis*, подвид *holarctica*, биовар II ery R от мышей домовых, отловленных по эпидпоказаниям в селах Самсоново, Хомутово и Безыменное Новоазовского района.

Несмотря на низкую заболеваемость людей, активность природных очагов туляремии сохраняется, о чем свидетельствуют результаты исследования проб внешней среды (погадки хищных птиц, мышевидные грызуны). За период с 2006 г. по 2017 г. из проб внешней среды отмечалось регулярное выделение антигена туляремии в материале из объектов окружающей среды. Удельный вес положительных находок увеличен с 10 % до 20,7 %.

При серологическом обследовании жителей и лиц не гражданского сектора, которые находились в природных очагах Новоазовского района в 2016–2017 гг. антитела к возбудителю туляремии обнаружены у 20 % обследованных лиц, что свидетельствует о широком вовлечении людей в эпидемиологический процесс и необходимости их иммунизации.

Таким образом, выделение штаммов туляремийного микроба от мышевидных грызунов и инфицирование объектов окружающей среды указывают на сохраняющуюся неблагоприятную эпизоотическую и напряженную эпидемиологическую ситуацию в отношении этой опасной природно-очаговой инфекции и на возможность возникновения заболеваний среди населения в местах циркуляции возбудителя.

**Смирнова А.Ф., Евтушенко В.А., Евтушенко О.В., Голубов К.Э., Котлубей Г.В.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,  
КУ ЦГКБ № 20

## **ГЛИСТНАЯ ИНВАЗИЯ ОРБИТЫ И ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ГЛАЗА**

**Актуальность.** Ежегодно гельминтами заражаются миллионы людей по всему миру. Поражение глаз чаще вызывает *Dirofilaria repens*.

Ранее отмечали, что диروفилариозом чаще болеют люди, проживающие в южной части Европы, в Турции, Центральной Африке. Однако, в последнее время в связи с миграцией населения, появились описания многих случаев поражения диروفилариями лиц, проживающих в Европе.

Основным хозяином диروفилария являются истощенные бродячие собаки, кошки, волки, лисицы. Комары являются переносчиками, насосавшись крови животного, они инфицируются, затем путем укуса комара и передачи с его слюной личинки гельминта происходит заражение человека.

Материал и методы. За последние 10 лет под нашим наблюдением было 25 пациентов, инфицированных таким видом глистной инвазии как диروفилариоз:

У 5 больных инкапсулированный гельминт был обнаружен в орбите,

У 2-х больных гельминты были инкапсулированы под кожей в области слезного мешка,

У 11 пациентов свободно перемещающиеся гельминты располагались под слизистой глазного яблока и у 7 - в толще кожи верхнего века,

Идентификацию удаленных гельминтов осуществляли в паразитологическом отделе областной санитарно-эпидемиологической станции.

Результаты и их обсуждение. При локализации дирофилярия в орбите клиническая картина сопровождается отеком век, хемозом, гиперемией слизистых глазного яблока, тенонитом, односторонним экзофтальмом, двоением, затруднением репозиции. Предположительный диагноз гельминтоза был установлен на УЗИ и подтвержден на МРТ. В заднем отделе орбиты выявляли капсулу около 7-8 мм в диаметре, в которой извивался глист. Удаление гельминта из глазницы производили путем орбитотомии. После чего все симптомы у больных постепенно регрессировали.

При расположении гельминта под слизистой он хорошо визуализировался под ЩЛ. Особенностью являлась его хорошая подвижность и возможность спрятаться в орбите при понижении внешней температуры, механическом или световом раздражении.

При локализации гельминта в подкожном слое век развивается их отек, покраснение, зуд. Гельминт имел вид подвижной прожилки.

При фиксации гельминта хирургическим пинцетом, ощущалась его довольно плотная консистенция, не разрушающаяся от сдавления.

Поэтому, обнаружив гельминта, целесообразно как можно быстрее фиксировать его хирургическим пинцетом и затем удалить, разрезав слизистую или кожу.

Удаленные дирофилярии имели форму круглого, тонкого, нитевидного жгута длиной 8-12 см, толщиной 1-2 мм

**Выводы.** Таким образом, при подозрении на инкапсулированного гельминта, для уточнения диагноза, целесообразно использовать пальпацию, УЗИ, МРТ. Затем путем орбитотомии удалить гельминта в капсуле.

При выявлении мигрирующего гельминта офтальмолог должен действовать по заранее разработанному алгоритму. От быстроты, слаженности и четкости действий врача и сотрудников операционного блока зависит успешное завершение операции по его удалению.

*Соловьев Е.Б., Иофе Е.И.*

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

### **МИНИИВАЗИВНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА**

**Цель исследования.** Проанализировать эффективный метод миниинвазивной реваскуляризации миокарда MIDCAB (Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass).

**Материалы и методы.** Несмотря на достигнутые за последние десятилетия впечатляющие успехи в лечении ишемической болезни сердца, она по — прежнему занимает ведущие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения развитых стран и является одной из самых актуальных проблем здравоохранения. Реваскуляризация миокарда — группа операций, позволяющих восстановить коронарное кровообращение при ишемии сердечной мышцы. В настоящее время в клинике используются различные методы реваскуляризации миокарда: рентгенхирургические (стентирование, баллонная ангиопластика около 200 в год), классическое аорто-коронарное шунтирование с применением искусственного кровообращения (около 100 в год), аорто-коронарное шунтирование на «работающем сердце» (off-pump, т. е. без искусственного кровообращения) из стандартного доступа, миниинвазивное коронарное шунтирование (на работающем сердце и из минидоступа, эндовидеоассистирование). Большое внимание уделяется снижению травматичности хирургических вмешательств и повышению эффективности лечения, отдавая предпочтение методикам, не требующим использования аппарата искусственного кровообращения и остановки сердца. С целью более раннего возвращения пациента к нормальной жизни, уменьшения послеоперационной боли и достижения лучшего косметического результата мы успешно применяем методику MIDCAB. На сегодня разработано более 10 различных методик миниинвазивной эндоскопической коронарной хирургии с использованием тех или иных минидоступов, что позволяет шунтировать одну, две и даже три коронарные артерии. Реваскуляризация миокарда по малоинвазивным методикам больных ИБС является эффективной и безопасной процедурой, сопровождающейся меньшим количеством осложнений ближайшего послеоперационного периода, меньшим объемом кровопотери и потребностью в переливании препаратов крови, потребностью ИВЛ и кардиотониках, длительностью нахождения в реанимации. Это позволяет сохранить каркасность грудной клетки, снижает риск инфекционных осложнений, связанных со стернотомией, снижает болевой синдром, облегчает глубокое дыхание в раннем послеоперационном периоде, устраняет необходимость носить корсет в течение длительного времени и дает возможность быстрее вернуться к нормальной физической активности. Показаниями для использования MIDCAB являются: повторные операции, одно-, двухсосудистое поражение коронарных артерий в группе пациентов повышенного риска для операций с использованием ИК, рестеноз коронарных артерий после транслюминальной баллонной ангиопластики.

**Выводы.** Многообразие доступов, минимальная травматичность, отказ от остановки сердца, применения искусственного кровообращения позволяют рассматривать MIDCAB как полезную альтернативу стандартному аорто-коронарному шунтированию для пациентов с развитием рестеноза в стенке после ранее выполненной баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий, требующую дальнейшего научного исследования.

*Соловьева М.А.*

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. Горького, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

### **СУБЪЕКТИВНАЯ ВИТАЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

**Введение:** Витальность человека есть субъективное переживание обладания физической и психической энергией, воспринимающееся человеком как внутренняя сила, способность и готовность к действию, сопровождающаяся чувством удовлетворения, позитивными переживаниями. Она определяет степень ощущения человеком полноты жизненных сил и энергии, доступной личности и является важным индикатором психологического благополучия. Переживание роста субъективной витальности сопровождается ростом автономии и целостности, самоактуализации и дееспособности. При снижении субъективной витальности данные показатели автоматически снижаются.

**Цель исследования:** изучить показатель субъективной витальности у пациентов с различной длительностью заболевания шизофренией.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 77 пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении и находящихся на лечении в РКПБ г. Донецка. Основным критерием формирования групп была длительность заболевания. Согласно данному показателю к первой группе относились пациенты с длительностью заболевания до 5 лет включительно, их число составило 33 человека, ко второй группе с длительностью свыше 5 лет, в нее вошли 44 пациента. Использовалась методика субъективной витальности разработанной в рамках теории самодетерминации Р. Райаном и С. Фредерик (Ryan, Frederick, 1997), имеющая шкалы витальности как состояния (Vt-s) и диспозиционной витальности (Vt-d).

**Полученные результаты и их обсуждение:** При анализе текущей субъективной витальности у пациентов первой группы, с длительностью заболевания до пяти лет, низкие показатели отмечались у 5 респондентов (15,2±6,2%), нормативные у 21 респондентов (63,6±8,4%), высокие у 7 респондентов (21,2±7,2%). Соответственно, при анализе текущей витальности у пациентов с длительностью заболевания свыше 5 лет, у 21 пациента показатель был низким (47,7±7,5%), нормативным у 18 (40,9±7,4%), у 5 – высоким (11,4±4,8%).

При анализе диспозиционной витальности у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет, низкий показатель определялся у 5 респондентов (11,4±4,8%), нормативный у 19 респондентов (57,6±8,6%), высокий у 9 респондентов (27,3±7,8%). В группе с длительностью заболевания свыше 5 лет, низкий показатель отмечался у 15 (34,1±7,1%) пациентов, нормативный у 22 (50±7,5%), высокий у 7 (15,9±5,5%). При проведении исследования, выявлено увеличение числа пациентов с низким показателем витальности. Эти данные соответствовали большему числу негативных субъективных оценок пациентами второй группы качества их жизни, в том числе, за счет снижения возможности к автономно регулируемой деятельности, удовлетворяющей базовым психологическим потребностям личности в саморегуляции, самоактуализации, причастности, компетентности и автономии. Можно предположить, что снижение субъективной витальности у данного контингента являлось субъективным переживанием самими пациентами нарастающего эмоционально-волевого снижения личности.

**Выводы:** Снижение показателя субъективной витальности совпадало со снижением общего энергетического потенциала и волевой активности, что приводило к утрате социальной активности, ухудшению социальной адаптации у больных с длительными сроками заболевания – все пациенты данной группы не работали, 93,2±3,8% (41 человек) пациентов имели группу инвалидности. При этом достаточно высокий процент пациентов, субъективно оценивающих витальность на уровне нормативных и высоких показателей, говорит о возможности успешного проведения психотерапевтических и реабилитационных мероприятий при активизации оставшегося сохранным потенциала личности.

<sup>1,2</sup>Солопов М.В., <sup>1</sup>Турчин В.В., <sup>2</sup>Лёгенький Ю.А., <sup>1</sup>Попандопуло А.Г., <sup>2</sup>Беспалова С.В., <sup>1</sup>Фисталь Э.Я.

<sup>1</sup>Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака МЗ ДНР, г. Донецк, пр. Ленинский, 47, 283045, iurs@zdravdnr.ru, ДНР;

<sup>2</sup>ГОО ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк, ул. Университетская, 24, 283001, donnu.rector@mail.ru, ДНР.

### **МАГНИТНАЯ МАРКИРОВКА ФЕТАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ ЧЕЛОВЕКА НАНОЧАСТИЦАМИ ОКСИДА ЖЕЛЕЗА, СТАБИЛИЗИРОВАННЫХ ЦИТРАТОМ НАТРИЯ**

**Введение.** Применение магнитных микро- и наночастиц для маркировки различных типов клеток имеет широкие перспективы для медицины ближайшего будущего. Магнитные частицы уже давно и широко используются для сепарации клеток. Активно ведутся доклинические и клинические исследования магнитной маркировки клеток в рамках гипертермической терапии, тканевой инженерии, исследованиях клеточной механики, а также особенно активно в области направленной магнитной доставки трансплантированных в организм клеток, и отслеживания этих клеток с помощью МРТ. В связи с этим необходима технология эффективной магнитной маркировки клеток, при которой они будут сохранять как высокий уровень жизнеспособности, так и терапевтический потенциал.

**Цель исследования.** Разработка оптимальной методики магнитной маркировки фетальных фибробластов человека (ФФЧ) магнитными наночастицами оксида железа, стабилизированными цитратом натрия.

**Материалы и методы.** Магнитную маркировку ФФЧ (5-го пассажа) осуществляли с использованием суперпарамагнитных наночастиц Fe<sub>3</sub>O<sub>4</sub>, стабилизированные цитратом натрия (средний диаметр 15 нм), полученных методом соосаждения ионов железа II и III валентности в щелочной среде. Маркировку осуществляли путём

добавления ростовой среды RPMI (без сыворотки) с наночастицами с содержанием Fe от 0,5 до 15 мМ, и 10 мМ лимонной кислоты к адгезированной культуре ФФЧ, и инкубировали в CO<sub>2</sub>-инкубаторе при 37°C, 5% CO<sub>2</sub> и 95% влажности на протяжении 20 минут. После инкубации клетки отмывали средой RPMI с 5 мМ лимонной кислоты (RPMI-Cit). Далее клетки снова инкубировали при указанных выше условиях в течение 2 часов в среде RPMI-Cit для обеспечения эндоцитоза адсорбированных на поверхности клеток наночастиц. Все исследования модифицированных клеток осуществляли непосредственно после процедуры магнитной маркировки.

Эффективность магнитной маркировки оценивали методом магнитофореза в специальной камере (подробно описано в нашей предыдущей работе в журнале Гены и клетки. Том XII, № 1, 2017). Уровень внутриклеточного железа определяли спектрофотометрически при 370 и 750 нм после лизирования клеток 10% раствором додецилсульфата натрия. Визуализацию распределения магнитных частиц внутри клеток осуществляли с помощью окрашивания гексацианоферратом калия. Жизнеспособность клеток определяли с помощью окрашивания трипановым синим. Метаболическую активности клеток оценивали с помощью МТТ-теста. Уровень содержания продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) определяли с помощью теста с тиобарбитуровой кислотой (ТБК).

**Результаты исследования.** Магнитофоретическое движения маркированных ФФЧ наблюдалось при всех использованных концентрациях наночастиц, при этом скорость движения коррелировала с количеством внутриклеточного железа. При концентрации частиц в маркирующем растворе 10 мМ Fe/мл достигался предел насыщения ФФЧ (~40 пг Fe/кл). При этом значение магнитной восприимчивости  $\chi$  составило около 0,055, а дистанция захвата клеток магнитом – 8-10 мм. Окрашивание ФФЧ гексацианоферратом калия выявило наибольшую концентрацию ионов железа с внешней и внутренней стороны клеточной мембраны. Жизнеспособность клеток непосредственно после магнитной маркировки (по данным окрашивания трипановым синим и МТТ-тесту), существенно не отличалась от значений в контроле, даже при максимальной концентрации Fe (15 мМ). По результатам ТБК-теста наблюдался существенный рост содержания продуктов ПОЛ (от ~180% до 360%, по сравнению с контролем), который зависел от концентрации Fe в маркирующем растворе.

**Обсуждение и выводы.** Суперпарамагнитные наночастицы Fe<sub>3</sub>O<sub>4</sub>, стабилизированные цитратом натрия могут быть эффективно использованы для магнитной маркировки клеток человека. Уровень внутриклеточного железа и, как следствие, магнитной восприимчивости, приобретаемый клеткой, а также дистанция захвата клеток магнитом, при использованной методике маркировки, свидетельствует о возможности управления клеточным движением в поверхностных тканях. Показатели жизнеспособности ФФЧ непосредственно после маркировки не отличались от контрольных значений, однако было показано увеличение уровня продуктов ПОЛ в клетках, что свидетельствует об увеличении внутриклеточного уровня образования свободных радикалов, что может в дальнейшем привести к повреждению клеток.

*Соннов В.В., Сиротченко Т.А., Луговсков А.Д.*

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕБНЫХ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ КАДРОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. ЛУГАНСКА В 2015 -2017 ГОДАХ**

Укрепление кадрового потенциала является краеугольным камнем стабильности системы здравоохранения. Изучение состава кадрового дефицита врачей педиатрического профиля в г. Луганске позволило выявить основные дефицитные врачебные специальности, а именно – детская анестезиология, педиатрия, неонатология и детская неврология. Основную группу исследования составили 61840 детей г. Луганска и 136 врачей педиатрического профиля, которые оказывали им помощь на 01.01.2015. Группу сравнения составили 58853 детей г. Луганска и 155 врачей педиатрического профиля, которые оказывали им помощь на 01.01.2018.

Для количественной обработки материалов исследования использовали общепринятые методы вариационной статистики. Достоверность разницы для абсолютных величин оценивали по критерию Стьюдента-Фишера, а для относительных величин – по методу углового преобразования Фишера.

На 01.01.2015 укомплектованность лечебно-профилактических учреждений г. Луганска педиатрическими кадрами составила 47,4%, из них врачами – педиатрами – 46,5%, врачами педиатрами – неонатологами – 38,8%, врачами детскими неврологами – 30,8%, врачами детскими анестезиологами – 23,2%. Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики совместно с Государственным учреждением Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» были разработаны и внедрены следующие мероприятия: приоритетное трудоустройство молодых специалистов по указанным специальностям; подготовка выпускников Государственным учреждением Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» в одногодичной интернатуре; совмещение врачебных профессий молодыми специалистами по разрешению Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики. За 2015 – 2017 годы Государственным учреждением Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» на курсах вторичной специализации подготовлено 46 врачей педиатрического профиля, из них 6 детских анестезиологов, 36 педиатров, 1 педиатр – неонатолог и 3 детских невролога.

В результате показатель укомплектованности педиатрическими кадрами государственных учреждений

здравоохранения г. Луганска на 01.01.2018 составил 57%.Целенаправленная подготовка врачей дефицитных специальностей для государственных учреждений здравоохранения г. Луганска позволила за короткий период улучшить их кадровый потенциал и довести показатель укомплектованности врачами педиатрами до 54,9%, педиатрами – неонатологами до 52,3%, детскими неврологами до 58,5%.

**Сорокин Ю.Н.**

ФГБОУ ВО Минздрава России «Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

### **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 11-ГО ПЕРЕСМОТРА**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 18 июня 2018 г. представила новую версию Международной классификации болезней (МКБ-11). Она вступит в силу 1 января 2022 г., а пока носит предварительный и ознакомительный характер. Период в 3,5 года необходим для перевода МКБ-11 на национальные языки и для подготовки к ее использованию. При этом ВОЗ предлагает направлять предложения по улучшению классификации, в связи с чем МКБ-11 впервые представлена в полностью электронном виде, имеет удобный формат и возможность визуализации ее структуры для разработчиков и переводчиков на платформе обслуживания. Нумерация классов МКБ-11 представлена арабскими цифрами вместо римских цифр в МКБ-10.

Одним из наиболее измененных по сравнению с МКБ-10 является раздел, характеризующий болевой синдром и другие неврологические проявления дискогенной патологии. Вместо блока МКБ-10 M50-M53 «Другие дорсопатии, связанные с поражением межпозвоночного диска» класса XIII «Болезни костно-мышечной системы или соединительной ткани» для обозначения болевых синдромов и поражений нервной системы, обусловленных возрастными или структурными изменениями межпозвоночного диска (МПД), концевых пластинок позвонков и суставов позвоночника, в МКБ-11 будет использоваться кодировка FA80 «Дегенерация межпозвоночного диска» (Intervertebraldiscdegeneration) в классе 15 «Болезни костно-мышечной системы или соединительной ткани». Термин «дорсопатия» остается только для случаев FB1Z «Состояния, связанные с позвоночником, неуточненные» (Conditions associated with the spine, unspecified).

В соответствии с согласительными рекомендациями объединенных целевых групп 3-х американских научных сообществ, поддержанных и другими американскими и европейскими научными обществами «Номенклатура и классификация патологии поясничных МПД» (2014 г., 2-й пересмотр) различают 2 типа дегенеративного процесса в МПД – деформирующий спондилез (spondylosis deformans) и межпозвоночный остеохондроз (invertebral osteochondrosis).

Различные синдромы вовлечения нервной системы, обусловленные дегенерацией МПД, в МКБ-11 получают кодировки FA80.3 для шейного отдела, FA80.7 – для грудного и FA80.B – для поясничного (Intervertebraldiscdegeneration of cervical/thoracic/lumbar spine with nervous system involvement), а «Радиклопатия вследствие повреждений МПД» может также кодироваться как 8B93.6 (Radiculopathy due to intervertebral disc disorders).

Проявления спондилеза получают коды FA8Z «Спондилез» (Degenerative condition of spine, unspecified), 8B42 «Миелопатия при спондилезе» (Myelopathy in spondylosis) и 8B93.8 «Радиклопатия вследствие спондилеза» (Radiculopathy due to spondylosis).

При этом боль в области спины, не связанная с патологией МПД, будет обозначаться кодом ME84 «Боль в спине» (Spinal pain – боль, обычно возникающая из мышц, нервов, костей, суставов или других структур позвоночника) в разделе «Симптомы, признаки и клинические находки костно-мышечной системы» класса 21 «Симптомы, признаки и клинические находки, не классифицированные в других рубриках» (Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified) вместо блока M54 «Дорсалгия» в МКБ-10 (M54.2-M54.9).

Таким образом, необходима адаптация отечественных клинических классификаций неврологических проявлений вертеброгенной патологии к кодировкам МКБ-11. Использование терминов «дорсопатия» и «дорсалгия» в МКБ-11 фактически не предусмотрено.

Сорокопуд Е.П.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины

Научный руководитель – доц. Терещенко И.В.

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ МАССАЖ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в настоящее время сохраняет свои приоритетные позиции, как одна из основных причин хронической заболеваемости и инвалидизации населения. По данным ВОЗ к 2020 году она займет 3-е место среди всех причин смертности пациентов. Сегодня оправдано применение в комплексном лечении ХОБЛ дифференцированной адаптационной терапии, к которой относятся кинезиотерапия, физиотерапия, массаж на фоне стандартов медикаментозного лечения. Для улучшения кровообращения в дыхательной системе, изменения параметров дыхания, стабилизации ВНС, облегчения отхождения мокроты, снижения тонуса в измененных мышцах (ассоциированных бронхолегочной системе и сегментарных), восстановления функций дыхательной мускулатуры назначается дифференцированный массаж.

В исследование были включены 23 мужчины в возрасте 40-50 лет, страдающие ХОБЛ, легкой степени тяжести, умеренным течением, с легочной недостаточностью не более 1 степени, которые в последствие были разделены на две группы. Пациентам 1-й группы (11 человек) на фоне медикаментозной терапии (бронхолитики,

мукорегулирующие, противовоспалительные лекарственные средства), классической дыхательной гимнастики назначалась методика классического лечебного массажа - группе сравнения. Больным 2-й, основной группы (12 пациентов), к традиционному лечению назначался дифференцированный массаж с элементами кинезиологического массажа, по 20 минут, ежедневно, курс 10 процедур. Эффективность лечения оценивалась по динамике кашля и одышки (в баллах), восстановлению тонуса ассоциированных и сегментарных мышц.

Все пациенты адекватно переносили лечебные мероприятия. Результаты исследования показали более высокую эффективность комплексного лечения во 2-ой основной группе. Быстрее стабилизировались показатели одышки и кашля (в баллах: с 2,5 до 1,4 и с 2,0 до 0,9 соответственно), нормализовался тонус ассоциированных бронхолегочной системе и сегментарных мышц (с 4-5 процедуры). В то же время в группе сравнения, тонус мышц оставался без изменений и у 25% больных балльные показатели изменились незначительно, по сравнению с исходными, что свидетельствует о неустойчивой стабилизации процесса. Баллы одышки и кашля увеличились к 8-9 процедуре с 2,3 до 1,8 и с 1,9 до 1,6 соответственно.

Таким образом, более высокая эффективность лечения достигалась при назначении дифференцированного массажа (с элементами кинезиологического) на фоне базисной терапии, было оправдано у данной категории пациентов и способствовало снижению клинических проявлений болезни и улучшению согласованности функций дыхательной и соматической (ассоциированной бронхолегочной системе и сегментарной) мускулатуры.

**Сорокопуд Е.П.**

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины  
Научный руководитель – доц. Терещенко И.В.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ**

Вопрос комплексной реабилитации (КР) девочек-подростков с гинекологической патологией актуален, поскольку идет восстановление репродуктивной системы в целом.

Целью исследования являлся анализ результатов применения методики трехфазной нагрузки в КР девочек-подростков с хроническими заболеваниями придатков матки.

Под наблюдение находилось 74 девочки-подростка, которые прошли полный курс терапии по поводу хронического заболевания придатков матки в отделение детской и подростковой гинекологии ДРЦОМД МЗ ДНР и были выписаны в удовлетворительном состоянии в стадии ремиссии. Формирование групп проводили по принципу случайного подбора. Все обследованные пациентки были разделены на две группы: основная группа – 39 девочек-подростков, принимавшие процедуры кинезитерапии (КТ) по предложенной методике; группа сравнения – 35 девочек-подростков, получавших традиционную КТ.

Методика трехфазной нагрузки в реабилитации пациенток включала первую фазу: «вработывания» с целью «запустить» на подсознательном уровне готовность организма к выполнению последующих двигательных нагрузок. Вторая фаза – собственно нагрузки, когда из различных исходных положений (лежа, сидя, стоя) на вдохе через нос выполняются динамические упражнения КТ с полной амплитудой движения, а на выдохе через рот производится возвращение движущихся частей тела в исходное положение (ИП). Третья фаза – «расслабление». ИП лежа на спине: на вдохе через нос передняя брюшная стенка активно выпячивается вперед, а на выдохе через рот – мышцы живота расслабляются. ИП сидя, фаза расслабления проводится так: начало вдоха через нос и выпрямление туловища на фоне продолжающегося вдоха, на выдохе через рот выполняется возвращение движущихся частей тела в ИП. В ИП стоя фаза расслабления «комбинированная», т.е. при выполнении динамических упражнений фаза расслабления идентична таковой при выполнении из ИП лежа, в других упражнениях фаза расслабления дублирует одноименную в ИП – сидя. Оценивали результат применения методики трехфазной нагрузки в комплексной реабилитации пациенток по данным эффективности лечения.

Применение методики трехфазной нагрузки в КР девочек-подростков с хроническими заболеваниями придатков матки в стадии ремиссии позволяет оптимальным образом регулировать интенсивность воздействия динамических лечебных упражнений на организм пациенток, исключая возможность перегрузки кардиореспираторной системы, и благотворно влиять на кровообращение в тазовой области, устраняя слабость мышц тазового дна с повышением общего тонуса организма. Сравнительный анализ результатов применения методики трехфазной нагрузки в КР девочек-подростков с хроническими заболеваниями придатков матки показал более высокую (на 30 %,  $p < 0,05$ ) эффективность у лиц основной группы в виде устранения остаточных явлений хронического воспалительного процесса в придатках матки, благодаря воздействию на ослабленный мышечно-связочный аппарат тазового дна больных.

Таким образом, в результате выполненной работы установлено, что использование предложенной методики КТ, как естественно-биологического и функционального метода, в комплексной реабилитации девочек-подростков с хроническими заболеваниями придатков матки представляется необходимым целесообразным.

*Стадник А.Д.<sup>1,2</sup>, Ткачева М.Ю.<sup>1</sup>, Крайнюк А.В.<sup>2</sup>, Гаргат Е.А.<sup>1</sup>, Ламонов Е.И.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки», Луганск;

<sup>2</sup>ГУ ЛНР «Луганская Республиканская детская больница», Луганск.

## **ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

**Введение.** Инфекционные поражения легких в структуре детской заболеваемости занимают одно из ведущих мест. У детей пневмония занимает третье место в структуре смертности, при этом общее количество тяжелых форм внегоспитальных пневмоний ежегодно растет, а летальность при ее тяжелых формах составляет 10-30%. Преморбидный фон, ранний возраст, позднее обращение за медицинской помощью, как и позднее поступление в специализированный стационар, определяют сложность интенсивного лечения тяжелых форм внегоспитальных пневмоний у детей. Нарушение менеджмента терапии данной нозологии в соматических или хирургических отделениях, приводит к не корректному назначению ранней эмпирической антибактериальной терапии, что значительно ухудшает клинический исход.

**Цель исследования:** определить эффективность эмпирического использования антибактериальных препаратов при лечении тяжелых форм внегоспитальной пневмонии у детей на примере работы отделения интенсивной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации «Луганской Республиканской детской клинической больницы».

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни детей с тяжелыми формами внегоспитальных пневмоний, которые находились на лечении в отделении интенсивной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации за период с января 2015 по апрель 2018 гг. Изучен микробиологический пейзаж этих пациентов из журнала микробиологического контроля отделения интенсивной терапии.

При поступлении в отделение детей с тяжелыми формами внегоспитальных пневмоний, использовали деэскалационный принцип назначения антибактериальной терапии. Назначали меропенем в дозировке 100 мг/кг в виде трех 6 часовых инфузий, амикацин 20 мг/кг каждые 8 часов, метронидазол 7,5 мг/кг единократно, азитромицин 10 мг/кг *per os* в первые сутки, затем 5 мг/кг в течение 4 суток.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех пациентов имела место легочно-плевральная форма деструкции легочной ткани, эмпиема плевры и/или пиопневмоторакс. Летальность отсутствовала. При изучении микробиологического пейзажа пунктата плевральной полости у 72,2 % детей микроорганизмы не были выявлены, у 22,4 % обнаружены ассоциации грамположительных микроорганизмов, у 2,85% - грамотрицательные микроорганизмы, и у 2,85 % - грибы рода *Candida*.

Резистентность к проводимой антибактериальной терапии была выявлена у 20 % пациентов. По нашему мнению, наиболее возможной причиной резистентности к проводимой антибактериальной терапии являлось нерациональное использование антибиотиков до момента их поступления в отделение интенсивной терапии.

Учитывая течение заболевания, наиболее рациональной комбинацией стартовой эмпирической антибактериальной терапии данной патологии у детей можно считать комбинацию меропенема или цефалоспоринов III поколения с аминогликозидами или фторхинолонами с метранидозолом, беря во внимание процесс деструкции легочной ткани.

**Выводы:**

Эффективность применяемой антибактериальной терапии составила 80 %.

Наиболее рационально использовать комбинацию антибактериальных препаратов направленную на грамположительную и грамотрицательную микрофлору.

Повышение эффективности антибактериальной терапии возможно путем сплоченной работы микробиологической лаборатории и улучшения лекарственного обеспечения таких пациентов.

*Стариков А.С., Пенина Г.О., Валужене Е.И.*

ФГБУ ВО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина», ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», ГУ РК «Кардиологический диспансер»

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ**

**Актуальность.** В настоящее время наиболее частой причиной головокружения, связанного с патологией внутреннего уха, считается доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), которое составляет, по данным различных авторов, от 17 до 35% всех периферических вестибулярных расстройств. Основным проявлением заболевания являются кратковременные приступы системного головокружения, возникающие при перемене положения головы. ДППГ возникает при определенном положении головы и туловища по отношению к силе тяжести вследствие перемещения фрагментов отолитов в полукружные каналы внутреннего уха или оседания их на купулеампулярного рецептора. Чаще задействуется задний полукружный канал, поскольку он находится в плоскости силы тяжести. ДППГ достаточно легко диагностируется и в большинстве случаев излечивается с помощью методик, выполняемых в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** Была произведена оценка всех случаев обращения пациентов к неврологу консультативно-диагностической поликлиники ГУ РК «Кардиологический диспансер» с жалобами на голово-

кружение, по результатам которых был поставлен диагноз ДППГ за 2015-2017 гг.

Пациентам проводился полный неврологический, а также отоневрологический осмотр, проводилось консультирование ЛОР-врачом КДП. Отдельным пациентам, преимущественно по их просьбе, а также в сомнительных и пограничных случаях производилась магнитно-резонансная томография головного мозга (1.5 Тл). У отдельных пациентов применялись тональная пороговая аудиометрия, калорические пробы. Отоневрологический осмотр включал в себя оценку медленного слежения, оценку окуло-вестибулярного рефлекса, тест поворота головы, пробу Dix-Hallpike. Интенсивность головокружения оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШГоловокружения). Часть пациентов для оценки показателей тревоги и депрессии заполняли госпитальную шкалу тревоги и депрессии (ГШТД) и шкалу тревоги Спилбергера в модификации Ханина.

Постановка диагноза производилась клинически в соответствии со следующими критериями:

Жалобы на системное или смешанное (системно-несистемное) головокружение, возникающее при изменении положения головы

Положительная проба Dix-Hallpike с наличием латентного периода между перемещением головы и возникновением головокружения; возникновением одновременно с головокружением горизонтально-ротаторного нистагма типа «крещендо-декрещендо» направленного в сторону нижележащего уха.

Пациентам с верифицированным ДППГ производились позиционные манёвры.

По медицинской документации были изучены диагнозы, поставленные этим пациентам и назначенная им терапии.

**Результаты и обсуждение.** За 2015-2017 гг. было выявлено 124 пациента чье головокружение укладывалось в структуру ДППГ.

Средний возраст обследованных пациентов составил лет. Большая часть пациентов являлась жителями г. Сыктывкара (54,03%), также среди пациентов были представлены жители Ухты (8,06%), Воркуты (7,26%), Усинска (7,26%), Сыктывдинского (8,87%), Корткеросского (5,65%), Прилузского (5,65%), Усть-Куломского (1.61%), Усть-Вымского (1.61%) районов. Остальные районы республики были представлены отдельными пациентами.

Средний возраст пациентов составил  $44,2 \pm 8,7$  года, колеблясь от 32 до 60 лет, с распределением, близким к нормальному. Соотношение мужчин и женщин составило 49:75 (гендерный индекс 2:3).

Средняя длительность заболевания до момента обращения составила 8,5 недель. Анализ распределения длительности заболевания показывает два пика длительности заболевания: 2-3 недели и 9-12 недель.

У 7,26% пациентов головокружение возникло после поездки на транспорте, работы с наклоном головы и туловища кпереди (работа на дачном участке, колка дров) – 14,52%; после падения, в том числе с получением сотрясения головного мозга – 9,68%. У большей части пациентов не было выявлено значимых причин для возникновения ДППГ.

Анализ времени возникновения головокружения показывает, что у 29,84% пациентов вертиго впервые возникало в утренние часы, после пробуждения, у 38,7% пациентов дебют случился вечером при переходе в горизонтальное положение. 31,45% пациентов не смогло точно указать время дебюта головокружения.

Изучение анамнеза показало, что у 29,84% пациентов в анамнезе были подобные пароксизмы вертиго, которые расценивались их лечащими врачами как проявление сосудистой патологии. Эти эпизоды проходили самостоятельно или, как считали пациенты, после назначенного лечения.

Для оценки сопутствующей неврологической патологии пациенты были условно разделены нами на две группы: старше и младше среднего возраста (44,2 года). В «младшей» группе у пациентов, по амбулаторным картам, результатам осмотра и собеседования встречалась мигрень без ауры, головные боли напряженного типа, рефлекторные мышечно-тонические синдромы шейной и поясничной области. У пациентов «старшей» группы достоверно чаще встречались цереброваскулярная патология, неврологические проявления дорсопатий в виде хронических болевых и рефлекторных синдромов.

У большинства пациентов первой группы неврологический статус определялся как вариант нормы либо близкий к нему, за исключением симптоматики в виде нистагма при проведении позиционных проб. Рассеянная симптоматика в виде анизорефлексии, асимметрии носогубных складок, слабости конвергенции, появления отдельных патологических знаков встречалась у 14,52 % пациентов. В «старшей» возрастной группе в неврологическом статусе значительно чаще определялись асимметрия рефлексов, выявлялись патологические стопные и кистевые знаки, симптомы орального автоматизма, что объяснимо с учетом сопутствующей патологии.

При проведении позиционных провокационных проб проба Dix-Hallpike была положительной у 100% обследованных пациентов. У 35,48% пациентов отмечалась заинтересованность заднего правого полукружного канала, у 37,1% - вовлечение левого заднего полукружного канала, также часто встречалась заинтересованность обоих задних полукружных каналов. Значимо реже (в 8,06% случаев) отмечалась симптоматика, связанная с каналом- или купулолитиазом горизонтальных полукружных каналов.

Позиционные манёвры (по Epley и по Semont) после однократного применения были эффективны у 76,61% пациентов, при повторении манёвра эта доля увеличивается до 87,9%. Лучший эффект (эффективность позиционного манёвра близкую к 100%) показывали пациенты, длительность головокружения у которых не превышала 2 недели. В то же время такие пациенты указывали большую интенсивность головокружения по ВАШ, а проведение позиционного манёвра сопровождалось у них тошнотой и позывами на рвоту, что требовало использования дименгидрината.

Дополнительный интерес представляют случаи двух пациенток из Сыктывкара, которые были несогласны с предлагаемым диагнозом и, несмотря на все аргументы о доброкачественности их патологии и еенесосу-

дистом характере, отказывались от проведения позиционных манёвров и настаивали на назначении им инфузионной терапии.

Количество визитов к врачу с этой проблемой оценивалось по записям в амбулаторной карте и рассчитывалось на месяц с учетом длительности заболевания. В среднем пациенты совершали  $3,2 \pm 0,7$  визита к терапевту в месяц и  $1,5 \pm 0,3$  визита к неврологу по месту жительства.

Наибольший интерес представляет анализ нозологических форм, которые были поставлены терапевтами и неврологами этим пациентам. На приеме у врачей первичного звена у 39,52% пациентов состояние расценивалось как «гипертонический криз» или «артериальная гипертензия», у 23,29% выставлялся диагноз «цереброваскулярное заболевание» («цереброваскулярная болезнь»), у 19,35% ставился диагноз «вегето-сосудистая дистония» («вегетативная ангиодистония», «церебральная ангиодистония»), у 11,29% стоял диагноз «вертебрально-базилярная недостаточность» («ВБН»). У 5,65% пациентов основной нозологией выставлялась «шейная дорсопатия». При первом обращении пациентам выставлялся диагноз транзиторной ишемической атаки (ТИА) в вертебрально-базилярном бассейне.

Интересным представляется тот факт, что диагнозы коррелировали с возрастом пациентов: у пациентов в возрасте до 40 лет значимо чаще ставилась «ВСД», а пациентам после 40 лет – «ЦВЗ». Диагноз вертебрально-базилярной недостаточности чаще выставлялся первичным звеном, если у пациента были рецидивирующие эпизоды вертиго в анамнезе или такой диагноз ранее выставлялся неврологами с учетом рецидивирующего течения и напрямую коррелировал с длительностью эпизодов головокружения в неделях.

При консультировании неврологом наиболее частым диагнозом являлись вариации «цереброваскулярной патологии с вестибулопатическим синдромом» (62,1%) и синдром вертебрально-базилярной недостаточности (25,0%). Ряд пациентов (7,26%) консультировался дежурными неврологами приемных покоев Коми Республиканской Больницы и Ухтинской городской больницы, где исключалось нарушение мозгового кровообращения.

По записям в амбулаторных картах, а также по результатам общения с пациентами выяснилось, что ни одному из пациентов не проводились провокационные пробы на ДППГ, не проводились элементы отоневрологического осмотра. Проведение пробы Dix-Hallpike, исследование вестибуло-окулярного рефлекса, маршевая проба являются простыми, надежными и крайне важными инструментами в верификации типа вестибулопатии.

В лечении пациентов использовались препараты бетагистина, циннаризина, препараты магния в виде внутривенных инфузий, нейрометаболическая, антиоксидантная и сосудистая терапия в различных проявлениях и сочетаниях. Если основным диагнозом выставлялся гипертонический криз, то на первый план выходила антигипертензивная терапия в сочетании с препаратами нейрометаболического ряда. Ни одному из пациентов не проводились позиционные манёвры. Также пациентам не рекомендовалась для самостоятельного выполнения позиционная гимнастика по Брандт – Дарофф, также отличающаяся высокой эффективностью.

**Выводы.** Подобное исследование проводится в республике впервые. Выявлены основные проблемы в диагностике ДППГ в нашем регионе:

Недостаточная осведомленность врачей первичного звена и неврологов о клинике и диагностике ДППГ

Переоценка роли цереброваскулярной патологии в генезе вестибулопатий

Переоценка роли спондилогенной патологии в возникновении вестибулопатий

Недооценка частоты встречаемости периферических вестибулопатий и неумение их выявлять

Переоценка роли лекарственной терапии в лечении ДППГ

Недооценка роли позиционных маневров и вестибулярной гимнастики в лечении этой нозологии.

Полученные данные представляют, в первую очередь, практический интерес и планируются к использованию при обучении неврологов и врачей первичного звена по диагностике и лечению этой распространенной формы вестибулопатий.

*Степанова М.Г., Жижко А.П.*

ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, кафедра медицинской биологии

## **РАЗВИТИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТА С ПОМОЩЬЮ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

*«Кто успевае́т в нау́ках, но отстае́т в добрых нра́вах, тот больше́ отстае́т, чем успевае́т» (Я.А. Каменский)*

Особая роль в становлении личности принадлежит юности. Именно в студенческом возрасте заложенные в детстве базовые основы общей нравственности приобретают вид моральных убеждений и принципиальных позиций. Следовательно, одной из важнейших задач организации высшего профессионального образования является формирование у молодых людей стойких нравственных убеждений. Эта задача выполняет консолидирующую функцию в многоаспектной деятельности учреждения. Очевидно, что формирование нравственных убеждений у студентов является важнейшей социально-педагогической задачей, решение которой связано с приобщением студенческой молодежи к моральным ценностям, которые, будучи осознанными и осмысленными, станут впоследствии для молодых людей прочной основой жизнестроительства.

Как отмечает Д.А. Медведев, идеалы молодежи формируют будущее страны. Различные исторические периоды характеризуются определенными нравственными предпочтениями, нравственными идеалами, представляющими определенный образ духовно совершенного человека в конкретную историческую эпоху, и опре-

деляются социальными условиями и уровнем развития образования и педагогической мысли.

Основываясь на работах исследователей и проведя собственный анализ, мы определили основные составляющие понятия «нравственность» в настоящее время: патриотизм, честность, любовь, доброта, трудолюбие, ответственность, милосердие, толерантность, уважение, чувство справедливости, воспитанность, совесть, профессионализм.

Поддерживая мнение М.Б. Доброрадных, здоровым считаем образ жизни студента, построенный на основе саморазвития, самосовершенствования, ответственного отношения к собственному здоровью, стремления к самостоятельности мышления, а также высокой профессиональной подготовки, стрессоустойчивости, выработанной стратегии преодоления трудностей, стремления к самореализации. Помимо комплекса оздоровительных и образовательных мероприятий, здоровый образ жизни предполагает наличие духовно-нравственных составляющих, обеспечивающих гармоничное развитие индивида. Здоровый образ жизни выступает необходимой константой духовно-нравственного бытия индивида, позволяющей сохранить живой интерес и обеспечить долголетие, изменяя собственную реальность и встраиваясь в новые социальные стратегии.

Духовно-нравственная ценность здорового образа жизни связана с вопросами его осмысления с точки зрения духовного развития личности, безопасности существования, ведь жизненный опыт человека в социуме всегда направлен на достижение глобальных задач: выживания, продления жизни, сохранения и укрепления здоровья, повышения качества жизни.

Реализация задачи формирования здорового образа жизни как составляющей духовно-нравственного потенциала личности на практике позволит в дальнейшем минимизировать риски самоуничтожения человечества в глобальных мировых войнах, воплощать гуманистические миссии, а также проводить систематическую работу по искоренению бедности, болезней, что и является высшей ценностью и целью развития духовного общества.

*Степанова М.Г., Мехова Л.С., Мехова Г.А.*

ГОО ВПО ДОНМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

Кафедра медицинской биологии

## **ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

В современном мире важно сформировать у будущего врача, устойчивую положительную мотивацию к здоровому образу жизни, которая поможет в дальнейшем эффективно организовывать лечебно-профилактическую деятельность. Начиная с первого курса, студент медицинского вуза погружается в среду, где весь образовательный процесс ориентирован на мотивацию к здоровому образу жизни. На кафедре медицинской биологии студентами первого курса всех факультетов изучается дисциплина «Биология». В процессе обучения рассматриваются вопросы организации и функционирования наследственного аппарата на молекулярно-генетическом, клеточном и организменном уровнях в норме и патологии. Особое внимание уделяется факторам риска, вызывающим генные и хромосомные мутации, их фенотипической реализации в процессе онтогенеза. Знания о влиянии алкоголя, никотина, наркотических и токсических веществ на организм человека достаточно распространены среди молодежи, но не имеют в основе глубокого и осознанного понимания механизма их действия. Это подтверждают результаты проведенного нами закрытого анкетирования 90 студентов первого курса лечебного факультета в возрасте от 17 до 20 лет. Анкеты включали 38 вопросов, касающихся употребления алкоголя, табакокурения и осведомленности респондентов об их негативном влиянии на здоровье. Анализ полученных данных выявил раннее начало курения и употребления алкоголя молодыми людьми, поверхностные знания последствий их употребления. Впервые попробовали алкогольные напитки в 13-16 летнем возрасте 80% юношей и девушек, закурили в 13-15 лет 26,3% респондентов. Использовали курение кальяна для релаксации и снятия стресса 26,7% молодых людей, будучи уверенными в его безвредности. Считали необходимым отказаться от табакокурения только 12% студентов, употребления алкоголя – 10%, пока не волнует эта проблема – 18% опрошенных, 3% затруднились с ответом. Осознавали негативное влияние вышеперечисленных факторов на собственное здоровье до изучения раздела генетики в дисциплине «Биология» только 25,5% респондентов. Качественная подготовка будущих специалистов во многом зависит от эффективности самостоятельной работы студентов в учебном процессе. Главной задачей становится не передача студентам определенной суммы знаний, а оказание направляющего воздействия на образ мышления и подход к явлениям. На кафедре медицинской биологии самостоятельная работа студентов проводится в виде анализа проблемной ситуации, решения задач с недостающей информацией, которую студенты получают в ходе практической работы, привлечения к участию в научных конференциях. Изучение и обсуждение на лекциях и практических занятиях механизма действия химических веществ, входящих в состав алкогольных напитков, табака, наркотиков, лекарственных препаратов на наследственный аппарат клетки, организм в целом и репродуктивную функцию в частности, установление причинно-следственных связей между их воздействием и изменениями на генетическом, эпигенетическом, организменном уровнях, позволяет студентам по-другому оценить риски здоровью человека. Полученные знания помогают изменить стратегию поведения, касающуюся здоровья. По завершении обучения на кафедре медицинской биологии 91,6% студентов пересмотрели свои взгляды на употребление веществ, негативно влияющих на индивидуальное здоровье, прогенез и здоровье будущих поколений. Студенты достаточно большая социально-демографическая группа с активным коммуникативным потенциалом. В связи с этим роль студентов медиков в пропаганде этого аспекта

здорового образа жизни среди студентов не медицинских вузов и учащейся молодежи особо значима. Полученными знаниями после изучения курса «Биология» готовы делиться 80% студентов.

*Степанова С.Е.*

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

### **ПЕКТИНОПРОФИЛАКТИКА В ПИТАНИИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ЗАГРЯЗНЕННОЙ МЫШЬЯКОМ ТЕРРИТОРИИ**

**Цель исследования.** Профилактика влияния загрязнения мышьяком почвы и водоисточников на показатели состояния здоровья населения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ более 20 источников научной литературы о влиянии молока, кисломолочных продуктов, пектинов и витаминных препаратов на выведение мышьяка из организма человека.

**Результаты.** В ранее проведенных исследованиях было выявлено, что содержание мышьяка в почве и водоисточниках Буденновского района г. Донецка превышает ПДК в 2-75 раз, максимальное превышение – в зоне влияния завода «Донвторцветмет» и санитарно-защитной зоне (южный и западный участки селитебной территории). Избыток мышьяка приводит к поражению костного мозга, ЦНС, желудочно-кишечного тракта, кожи, печени, почек, щитовидной железы. По данным ВОЗ от 80 до 95 % мышьяка поступает в организм человека по трофическим цепочкам с продуктами растительного и животного происхождения.

Для улучшения состояния здоровья населения в зоне влияния завода «Донвторцветмет» и санитарно-защитной зоне следует организовать превентивное питание (по аналогии с лечебно-профилактическим питанием для работающих во вредных условиях труда), основанное на таких принципах:

использование антидотных свойств компонентов пищи;

замедление всасывания ядовитых веществ в желудочно-кишечном тракте, ускорение их выведения из организма;

повышение общей резистентности организма и функциональных способностей органов-мишеней;

компенсация повышенных затрат биологически активных веществ в связи с детоксикацией ядов.

Для этого наиболее целесообразно применять пектины. Пектины относятся к так называемым «пищевым волокнам» или природным энтеросорбентам. Это вещества, обладающие способностью связывать в желудочно-кишечном тракте и выводить из организма радионуклиды, тяжелые металлы, различные токсины и патогенные микроорганизмы, бактерицидными и регенеративными свойствами. Кроме того, они безвредны и не токсичны.

Препараты, содержащие пектин медицинский свекловичный и пектин медицинский яблочный, оказывают комплексное воздействие на организм: блокируют всасывание стабильных радиоактивных металлов на уровне желудочно-кишечного тракта, способствуют декорпорации их из организма, обладают противолучевым и антиоксидантным действием, стимулируют выведение из организма ксенобиотиков. Пектин позволяет снизить содержание холестерина в организме, способствует нормализации обменных процессов, улучшает периферическое кровообращение, улучшает перистальтику кишечника, в комплексе с витаминами оказывает общеукрепляющее, иммуностимулирующее действие на организм человека.

*Стефкивская О.В., Жуков М.И.*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО

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

Клиника пластической, реконструктивной и эстетической хирургии «Клиника доктора Жукова»

### **ЛИПОФИЛИНГ КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭСТЕТИЧЕСКИ ВАЖНЫХ ЗОН**

**Цель работы** – оценить эффективность хирургической коррекции лица методом липофилинга.

**Материал и методы.** За 2,5 года комплексно проведено 188 коррекций лица: носогубные складки – 43,2%, нососкуловые борозды – 60%, скуловые области – 67,7%, параорбитальные области – 45,1%, веки – 33,8%, подбровные области – 32%, губы – 24,4%, рубцы различной этиологии – 47%. Оценивали ближайшие и отдаленные результаты лечения (по процентному соотношению сохраненной жировой ткани с применением PRP-терапии и без нее).

Актуальность.

Считается, что процесс старения лица представляет собой потерю объема в определенных областях, связанную с атрофией и истончением кожи, костной ткани и подкожно-жирового слоя в комбинации с гипотонией мягких тканей.

Потеря эластичности коллагеновых структур в них приводит к потере сопротивления при натяжении, то есть формируется негативный вектор старения. Лицевое старение может рассматриваться как комбинированный процесс, где существует взаимосвязь между всеми тканями лица.

Большое количество научных работ доказывает инволюцию жировой ткани. Подкожно-жировая клетчатка

ка с поверхностными жировыми компартментами последовательно теряет объем в центральном, медиальном, височно-щечно-нижнечелюстном поверхностных жировых пакетах, что ведет к потере объемов и формированию складок, борозд и морщин, т.е. визуальных признаков старения.

**Результаты и их обсуждения.** Возможность клинической оценки остаточного количества жировой ткани и степень регенерации тканей доступна к третьему месяцу послеоперационного периода. Результат автономного липофилинга качественно отличается от липофилинга с применением PRP-технологий. Благодаря различным методам исследования в среднем отмечаем следующие результаты: через 3 месяца после комбинированной методикосохранность адипоцитов на 20% выше, через 6 месяцев - на 35% выше, через 12 месяцев - на 30% выше.

**Выводы.** Метод липофилинга в комплексе с PRP -терапией дает более выраженный эффект при хирургической коррекции липофистрофий, жировых гипотрофий, инволюционных изменений лица и ятрогенных дефектов, чем при автономном методе, так как остаточный процент жировой ткани значительно выше при комплексном подходе.

**Докладчик:** Стефкивская Ольга Викторовна - ассистент кафедры комбустиологии и пластической хирургии ФИПО ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, т. 0990567673, olga\_stefkivskaya@mail.ru

**Соавтор:** Жуков Михаил Игоревич – профессор, д.мед.н., кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, т. 0997899448, doctor.zhukov@inbox.ru

**Стрюков Д.А., Болдырева В.А., Котилевская В.И., Остапенко И.Е., Иванова С.Е.**

ГУ ЛНР «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер»

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАЛБУФИНА ПРИ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ**

**Введение.** Обезболивание является одной из важнейших задач в работе врача, поскольку боль служит основной причиной страданий и обращения пациента к медикам. Метастатические повреждения костей являются одной из наиболее частых причин развития болевого синдрома у онкобольных. Лучевая терапия применяется при лечении болевого синдрома, который возникает из-за метастатического поражения костей. Накопленный опыт широкого применения налбуфина свидетельствует о том, что это эффективный препарат с благоприятным профилем безопасности.

**Цель исследования.** Оценить возможность применения препарата налбуфин при лучевом лечении метастазов в кости.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов применения препарата налбуфин в отделении лучевой терапии №1 (ОЛТ №1) Луганского республиканского клинического онкологического диспансера (ЛРКОД) в терапии сопровождения облучения метастатического поражения костей за двухлетний период. Под наблюдением было 44 пациента с метастатическим поражением костей разной локализации. Возраст пациентов варьировал от 40 до 69 лет. Общее состояние оценивалось как средней степени тяжести (по распространенности процесса). Из них 22 пациентам применялся налбуфин в дозе 10 мг/1 мл внутримышечно за 30 – 40 минут до сеанса облучения.

**Результаты исследования и выводы.** У 68% пациентов наблюдается наступление быстрого анальгетического эффекта с максимальным снижением интенсивности боли на длительное время. Этим пациентам налбуфин применялся 1 раз в сутки. У 23% пациентов наступление анальгетического эффекта было несколько отсрочено, снижение интенсивности боли отмечалось, но не было необходимости в повторном введении препарата. Лишь у 7% больных отмечалось уменьшение боли с длительностью действия препарата до 3-х часов, что вызвало необходимость введения препарата 2 раза в сутки. Таким образом, применение налбуфина дает возможность полноценного проведения предлучевой подготовки и сеанса облучения при выраженном болевом синдроме у больных с метастазами в кости.

**Ступаченко О.Н., Ступаченко Д.О., Егоров А.А., Момот Н.В., Соловьева Е.М.**

### **ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ТРАХЕЕ И БРОНХАХ**

**Цель.** Обобщить опыт трахео- бронхо- и ангиобронхопластических операций при различных заболеваниях и травме, определить оптимальный объем вмешательства, оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения. **Методы исследования.** Выполнено 448 пластических операций на трахее и бронхах. Основную группу составили больные с новообразованиями различной степени зрелости – 319 (71,2%), у остальных 129 (28,8%) имели место различного генеза рубцовые процессы в трахее и бронхах. Операции на трахее выполнены у 106 больных. Тип операции зависел от характера процесса – от трахеогортанных резекций до изолированных резекций бифуркации трахеи с полибронхиальным анастомозом с формированием “неотрифуркации”. Максимальный объем резекции трахеи составил около 80% (трахеогортанный анастомоз с оставлением четырех полуколец). Пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи выполнена у 11 больных (из них у 5 - с резекцией верхней полой вены), лобэктомия с бронхопластикой – у 277 (у 12 из них произведена бронхоангиопластика), изолированная резекция бронха (главного, долевого, сегментарного) с различными видами анастомозов выполнена у 54 пациентов. При злокачественных опухолях легкого выполнялась систематическая лимфодиссекция независимо от стадии процесса. Операционный доступ при резекции трахеи (шейный, трансстернальный, торакотомный или комбинированный) зависел от локализации процесса. Полученные результаты. В послеоперационном периоде отмечались осложнения: несостоятельность межбронхиального анастомоза – у 4 пациентов, ТЭЛА – у двух, острая сердечно-сосудистая недостаточность – три наблюдения, острая эмпиема плевры – у

3 больных (все 12 пациентов умерли), парез голосовой складки – у 4, рестеноз трахеального анастомоза – у 2. Послеоперационная летальность составила 2,7%, послеоперационные осложнения – 4,0%. Пятилетняя выживаемость при злокачественных опухолях составила 52,8%. Выводы. Пластические операции на трахее и бронхах при опухолевом поражении являются онкологически оправданными, не ухудшают ближайшие и отдаленные результаты, функционально выигрышны. Накопление опыта и усовершенствование техники операции позволяют расширять показания и объем реконструктивных операций на трахее и бронхах, снижать риск послеоперационных осложнений.

<sup>2</sup>Ступаченко О.Н., <sup>2</sup>Ступаченко Д.О., <sup>1</sup>Момот Н.В., <sup>2</sup>Лобанов Е.В., <sup>2</sup>Соловьева Е.М.

<sup>1</sup>ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

<sup>2</sup>Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТРАХЕЕ И БРОНХАХ

**Цель работы.** Обобщить опыт трахео- бронхо- и ангиобронхопластических операций при различных заболеваниях и травме, определить оптимальный объем вмешательства, оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

**Материалы и методы.** Выполнено 257 реконструктивно-пластических операций на трахее и бронхах. Основную группу составили больные с новообразованиями различной степени зрелости – 323 (70,7%), у остальных – 134 (29,3%) имели место различного генеза рубцовые процессы в трахее и бронхах. Операции на трахее выполнены у 92 больных. Тип операции зависел от характера процесса – от трахеогортанных резекций до изолированных резекций бифуркации трахеи с полибронхиальным анастомозом с формированием «трифуркации». Максимальный объем резекции трахеи составил около 80% (трахеогортанный анастомоз с оставлением четырех полуколец). Пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи выполнена у 11 больных (из них у 6 – с резекцией верхней полой вены). У 4 больных выполнена пластическая верхняя лобэктомия с резекцией верхней полой вены и у одного – с замещением вены аллотрансплантатом. Лобэктомия с бронхопластикой выполнена у 185 пациентов (из них у 16 – произведена бронхоангиопластика). Изолированная резекция бронха (главного, долевого, сегментарного) с различными видами анастомозов выполнена у 53 пациентов. При злокачественных опухолях легкого выполнялась систематическая лимфодиссекция независимо от стадии процесса. Операционный доступ при резекции трахеи (шейный, трансстернальный, торакотомный или комбинированный) зависел от стадии процесса.

**Результаты и обсуждение.** В послеоперационном периоде отмечались осложнения: несостоятельность межбронхиального анастомоза – у 5 больных, ТЭЛА и острая сердечно-сосудистая недостаточность – по два наблюдения, острая эмпиема плевры – у 5 (11 пациентов умерли), парез голосовой связки – у 4, рестеноз трахеального анастомоза – у 2 (выполнено стентирование трахеи). За последний шестилетний период летальных исходов не отмечалось. Послеоперационная летальность составила 2,4%, послеоперационные осложнения – 4,4%. Пятилетняя выживаемость при злокачественных опухолях составила 53,7%.

**Выводы.** Пластические операции на трахее и бронхах при опухолевом поражении являются онкологически оправданными, не ухудшают ближайшие и отдаленные результаты, функционально выигрышны. Накопление опыта и усовершенствование техники операции позволяют расширять показания и объем реконструктивных операций на трахее и бронхах, снижать риск послеоперационных осложнений.

*Супрун Е.В., Березова Е.В., Супрун В.Е.*

Дорожная клиническая больница ст. Донецк

## К ЛЕЧЕНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Самым ранним и потому самым распространенным осложнением СД является диабетическая нейропатия (ДН). Именно она часто запускает дальнейший каскад патологических изменений и служит почвой для развития такого тяжелого осложнения, как диабетическая стопа. При длительности заболевания более 20 лет признаки ДН выявляются более чем у половины больных с СД. К наиболее значимым факторам развития ДН принято относить неадекватный контроль гликемии, избыточный вес, артериальную гипертензию, длительность СД, курение, дислипидемию.

В связи с чем необходимо совершенствовать известные, разрабатывать и проверять новые стратегии эффективного, грамотного и доступного лечения ДН на фоне изменения образа жизни и адекватного контроля гликемии.

Целью данного исследования было изучение эффективности сочетанного медикаментозного лечения у пациентов с СД на ранних стадиях ДН с использованием актовегина и препаратов альфа-липоевой кислоты.

Лечебные мероприятия проводились на базе эндокринологического отделения Дорожной клинической больницы ст. Донецк. Всем пациентам группы лечения проводилась внутривенное введение актовегина 5 мл и альфа-липоевой кислоты 600мг, курс включал 10 процедур.

Параметрами оценки эффективности проводимого лечения являлась динамика болевого синдрома, а также показатели функциональных тестов на чувствительность.

На фоне курса лечения актовегином и препаратами альфа-липоевой кислоты у пациентов, при оценке разных видов чувствительности (вибрационной, моторной, болевой, тактильной) и динамики болевых ощущений, был констатирован хороший и устойчивый лечебный эффект.

Таким образом, можно сделать вывод о положительном клиническом эффекте медикаментозной схемы включающей актовегин и препараты альфа-липоевой кислоты на клинические проявления ДН (боль, снижение чувствительности) на фоне стандартной сахароснижающей терапии.

*Супрун О.Е., Прилуцкий А.С.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»  
Дорожная клиническая больница станции Донецк

## **УРОВЕНЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ $\alpha$ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

Несмотря на значительные успехи в исследовании патогенеза и методов лечения, сахарный диабет 2 типа (СД2) остается острой проблемой современной медицины. Основными причинами смертности и инвалидизации данных пациентов являются осложнения СД2: диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, дистальная нейропатия нижних конечностей и др. Появление нового класса противодиабетических препаратов - ингибиторов дипептидилпептидазы-4, эффект которых основан на замедлении расщепления инкретиннов, которые принимают участие в физиологической выработке инсулина, аналогов глюкагоноподобного пептида, привлек внимание к синдрому раздраженного кишечника (СРК) у больных СД2, так как секреция инкретиннов происходит в клетках кишечника в ответ на прием пищи. Патогенез развития сахарного диабета 2 типа, как и синдрома раздраженного кишечника, достаточно сложен. Патологический процесс включает в себя ряд последовательно протекающих этапов, вовлекающих практически все органы и системы организма и сочетается со специфической реакцией иммунной системы. При СД2 также наблюдается усиленная продукция ряда провоспалительных цитокинов и др. Одним из ключевых провоспалительных цитокинов, обладающих широким спектром действия, в том числе влияющим на инсулинорезистентность, является фактор некроза опухолей  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ). В то же время работ по определению вышеуказанного цитокина у больных сахарного диабета 2 типа сочетающимся с синдромом раздраженного кишечника нами в доступной литературе не обнаружено.

Целью исследования было определение концентрации ФНО $\alpha$  у больных с сахарным диабетом 2 типа, в том числе сочетающимся с синдромом раздраженного кишечника.

Уровень указанного цитокина определялся в крови 41 пациента, находящегося на лечении по поводу СД2, из которых у 15 диабет сочетался с СРК. В качестве контрольной группы были обследованы 19 здоровых лиц того же возраста. Для определения ФНО $\alpha$  крови использовались иммуноферментные тест-системы разработанные сотрудниками кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» (г.Донецк). Данные тест-системы характеризует небольшая продолжительность выполнения анализа (в течение 4,5 часов), высокая чувствительность (до 0,5 пг/мл), удобство и быстрота использования. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью лицензионной программы «MedStat», при этом рассчитывались медиана, ошибка медианы, при сравнении центральных тенденций двух независимых выборок использовался непараметрический W-критерий Вилкоксона.

Проведенными исследованиями было установлено, что у больных с сахарным диабетом 2 типа имеет место достоверное повышение содержания фактора некроза опухолей  $\alpha$  в сыворотке крови. При этом, увеличение уровня исследуемого цитокина было характерно как для пациентов с изолированным СД2, так и для пациентов с наличием синдрома раздраженного кишечника.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о значительных изменениях иммунологической реактивности организма (существенном повышении уровня фактора некроза опухолей  $\alpha$ ) у обследованных пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, сочетающимся с синдромом раздраженного кишечника. Следует отметить, что отдельными авторами, которые изучали изменения цитокинового профиля при СД2 и СРК указывается на прогностическое значение отдельных цитокинов в развитии данных заболеваний.

*Талалаенко Ю.А., Петренко С.А., Егорова М.А., Мирович Е.Е., Дмитриев С.Н.*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## **МЕСТО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ**

**Актуальность.** Фибромиома матки является самой распространенной гинекологической патологией как у пациенток репродуктивного возраста, так и у женщин в перименопаузе. Частота данной патологии среди пациенток репродуктивного возраста достигает 20–25%, в то время как в возрасте старше 40 лет миома матки определяется у каждой второй женщины. Дополнительные данные, включая посмертные патологоанатомические исследования, свидетельствуют о том, что истинная распространенность этой патологии достигает 77%. Современные достижения в области фармакологии, прогрессирующее внедрение лапароскопии и гистероскопии в повседневную практику является немаловажным фактором в поиске новых консервативных и малоинвазивных методов лечения. Тем не менее преимущества органосохраняющих технологий в хирургическом лечении фибромиомы матки представляются нам малоизученными.

**Цель исследования:** Изучить структуру оперативных вмешательств по поводу фибромиомы матки в разные возрастные периоды женщин.

**Материал и методы.** Был проведен анализ оперативных вмешательств гинекологического стационара Центральной городской клинической больницы №6 г.Донецка за 2017 год. Все проперированные пациентки

были разделены на две группы. Первую составили женщины репродуктивного возраста (до 40 лет включительно), вторую – пациентки в перименопаузе (41 и выше). Статистическая обработка данных проведена в пакете лицензионной программы «Медстат» с расчетом удельного веса признака и доверительного интервала (ДИ). Различие признаков определялось по критерию углового преобразования Фишера с поправкой Йейтса при уровне значимости  $p=0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Всего за анализируемый период было прооперировано 787 человек, из них по поводу фибромиомы – 187 женщин (23,8% (ДИ 20,9-26,8%)). 46 пациенток (24,6% (ДИ 18,7-31,0%)) были отнесены к первой группе, а 141 женщина (75,4% (ДИ 69,0-81,3%)) – ко второй ( $p<0,05$ ).

Анализ структуры оперативных вмешательств показал следующее. В первой группе было выполнено 13 (28,3% (ДИ 16,0-42,4%)) гистерэктомий в объеме надвлагалищной ампутации матки (НАМ), а экстирпации – 0 (0,0 – 4,1%). Во второй группе гистерэктомия была выполнена у 101 пациентки (71,6% (ДИ 65,4-76,7%)), из них НАМ – у 82 пациенток (58,2% (ДИ 49,9-66,2%)), а экстирпация – у 19 (13,5% (ДИ 8,3-19,6%)). Различие в удельном весе аналогичных операций у пациенток первой и второй групп отличалось достоверностью, везде ( $p<0,05$ ). Консервативная миомэктомия (в том числе гистерорезекция миоматозного узла) была выполнена у 33 (71,7% (ДИ 57,6-84,0%)) пациенток первой группы, и у 40 (28,4% (ДИ 21,2-36,1%)) пациенток второй группы ( $p<0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, оперативное лечение по поводу фибромиомы матки производится достоверно чаще у женщин в перименопаузе. Кроме этого пациентки репродуктивного возраста отдают значительное предпочтение выполнению органосохраняющих операций, что связано с отсрочкой репродуктивных планов и желанием сохранить детородный орган. Тем не менее, пациентки в перименопаузе также часто выбирают консервативные методы оперативного лечения, что скорее всего связано с психоэмоциональными последствиями потери органа. Таким образом, очевидной является необходимость сугубо индивидуального подхода к выбору метода лечения каждой больной.

*Герованесов Арсен Михайлович*

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

**МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В АСПЕКТЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Осознание того, что медицинское страхование является необходимым для нормального развития граждан, сформировалось примерно в начале 90-х гг. XX в. Долгое время, в течение XIX - XX вв. ученые не выделяли отдельно медицинское страхование из совокупности норм социального обеспечения. При этом следует отметить, что в контексте реформирования системы здравоохранения вопросы гарантирования права гражданина на доступную медицинскую помощь являются необходимостью. В связи с этим изучение развития медицинского страхования становится перспективным и актуальным.

В. Куценко указывает, что любой вид страхования ставит целью защитить от материальных расходов при наступлении события, предусмотренного договором страхования. Это является основным страховым интересом в случае возникновения необходимости получения медицинской помощи в обязательном и добровольном страховании [1, с. 102]. Таким образом, медицинское страхование является частью системы социального обеспечения и в свою очередь призвано минимизировать затраты населения на лечение, что должно положительно отразиться на практической реализации конституционных прав граждан. Как известно, органы государственной власти в сфере охраны здоровья осуществляют организацию оказания помощи гражданам, что включает в себя разработку, принятие и осуществление контроля над исполнением программ обязательного и добровольного медицинского страхования. В связи с этим невозможно игнорировать опыт зарубежных стран, которые на сегодняшний день внедрили программы медицинского страхования. Так, Российская Федерация, еще до распада СССР приступила к разработке основ медицинского страхования, результатом чего стало принятие закона РСФСР от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Этот нормативный акт предусматривал понятие медицинского страхования как формы социальной защиты населения в сфере здравоохранения. Было установлено, что граждане других союзных республик на территории Российской Федерации имеют такие же права в системе медицинского страхования, как и граждане России [2, с.12]. Нормы данного закона на момент принятия олицетворяли прогрессивные тенденции общества и стремление распространить позитивное влияние положений на всю территорию государства.

Следует также отметить, что при организации медицинского страхования необходимо учитывать историко-правовой опыт, потому что со времен Российской империи были созданы предпосылки для развития этой сферы. Было принято положение об организации врачебной помощи рабочим, согласно которой при фабриках создавались больницы. Следующим этапом стало принятие ряда нормативно-правовых актов о социальном страховании, включая предоставление медицинской помощи рабочим и членам их семей. В конечном итоге это привело к развитию правоотношений, которые стали предпосылками для введения медицинского страхования.

Таким образом, медицинское страхование является одним из направлений деятельности органов здравоохранения. Для его развития необходимо использовать модели страхования зарубежных стран, а также руководствоваться собственным историко-правовым опытом, который отражен в нормативных актах и научных трудах специалистов.

**Титиевская А. И.**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»  
Кафедра военной медицины и медицины катастроф  
Научный руководитель – старший преподаватель Степанюк А.В.

### **ПРАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ ДОННМУ 2-5 КУРСОВ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

**Цель исследования.** Оценить практическую подготовку студентов ДонНМУ 2-5 курсов по оказанию первой помощи в чрезвычайных ситуациях.

**Материал и методы.** Опрошено 260 студентов ДонНМУ (из них 7,7% – 1 курс, 11,5% – 2 курс, 11,5% – 3 курс, 23,1% – 4 курс, 38,5% – 5 курс, 7,7% – 6 курс) при помощи Google форм. Тестирование состояло из 20 вопросов на тему оказания первой помощи в различных ситуациях. Опрошенные студенты были разделены на группы: по курсу, на котором сейчас проходят обучение и по наличию или отсутствию среднего медицинского образования. Для оценки уровня подготовки студентов использовалась шкала в баллах и шкала ECTS, по которой оценка отлично – 90-100% (5A), хорошо – 82-89% (4B), 81-75% (4C), удовлетворительно – 67-74% (3D), 60-66% (3E), неудовлетворительно – меньше 35% (2FX).

**Результаты.** При анализе полученных в ходе исследования данных, была высчитана средняя оценка студентов университета всех курсов – удовлетворительно или 65%, что соответствует (3E) по шкале ECTS. Меньше всего баллов набрали студенты 1 курса – 52,5% (2FX), при этом студенты, которые получили среднее мед образование, в среднем набрали – 75% (4C), а студенты без – 30% (2FX), что показывает существенную разницу в подготовке выпускников школ и медицинских училищ. Студенты 2 курса заработали 45% (2FX); среди тестируемых не было студентов со средним мед образованием. Дальнейшее деление студентов более старших курсов на тех, кто получил среднее медицинское образование и тех, кто не получил – не имеет смысла, поскольку к 3 курсу студенты проходят на занятиях темы по оказанию первой помощи. Учащиеся 3 курса получили 60% (3E). Студенты 4 курса набрали 53% (2FX). Учащиеся этого курса показали очень разнообразные результаты, в связи с чем был проведен их более детальный анализ. Самые высокие баллы набрали 10 студентов из 60 – 75% (4C), средние результаты по курсу (30 студентов из 60) – 57% (2FX) и самые низкие результаты (20 из 60) – 37,5% (2FX), которые и повлияли на среднюю оценку по курсу, так сильно снизив ее. Студенты 5 курса заработали 69% (3D). Отдельные студенты этого курса (10 из 100) заработали максимальное количество баллов среди всех тестируемых – 80% (4C). Неплохие результаты показали еще 30 учеников – 75% (4C). Самые низкие результаты показали 40 студентов – 60% (3E), что и повлияло на среднекурсовую оценку. Студенты 6 курса заработали – 72,5% (3D), показав в среднем стабильный результат по всему курсу.

**Выводы.** Полученные в ходе исследования данные, свидетельствуют о том, что с каждым годом обучения студентов ДонНМУ улучшается их качество подготовки к оказанию первой помощи. Несмотря на низкие средние результаты по курсам, подготовка отдельных студентов с каждым годом возрастает. При этом, существует большая разница в подготовке студентов 1 курса, окончивших медицинские училища и успешно справившихся с тестированием, по сравнению с выпускниками школ. Тестирование показало, что существует огромный отрыв в подготовке отдельных студентов 4-5 курсов – часть из которых успешно прошла тестирование, другая часть – его провалила. На каждом курсе есть плохо подготовленные студенты, которые изменяют среднюю оценку по университету в худшую сторону. В то же время, оценку «удовлетворительно» можно обосновать сложностью тестирования.

**Титиевский С.В., Ракитянская Е.А.**

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

### **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Актуальность темы обусловлена постоянно возрастающим количеством больных с переломами костей нижних конечностей и риском возникновения у них психических непсихотических расстройств, что ведет к более длительному и тяжело протекающему лечению.

Целью исследования явилось изучение факторов, влияющих на риск возникновения психических расстройств непсихотического уровня у пациентов с травмами нижних конечностей, наличия взаимосвязи клинических проявлений ортопедической патологии и преморбидных особенностей личности, влияния возникающих психических расстройств непсихотического уровня на течение основного заболевания.

В исследовании принимало участие 24 человека, проходивших стационарное лечение в Республиканской травматологической больнице г. Донецка. Все больные были обследованы единым комплексом психологических тестов, который включал шкалу тревоги Гамильтона, шкалу депрессии Бека, тест ММРП в варианте сокращенного и адаптированного многофакторного опросника личности СМОЛ. Критериями включения служили: активный трудоспособный возраст, отсутствие черепно-мозговых травм, тяжелых соматических и психических заболеваний, злоупотребления психоактивными веществами в анамнезе и алкогольного опьянения на момент поступления.

В результате исследования установлено, что у пациентов с травматическими повреждениями нижних конечностей на риск возникновения непсихотических психических расстройств влияют следующие наиболее значимые факторы: вид травмы, степень тяжести и локализации травматического повреждения, а также – ослож-

нения, объём и сроки хирургического вмешательства, наличие угрозы жизни пострадавшему или его близким в момент травмы, личностные особенности больного (акцентуации характера, преобладающие механизмы психологической защиты, опыт преодоления стрессогенных ситуаций), место работы и уровень образования, материально-бытовые условия.

Выявлено также, что преморбидные особенности личности больных оказывают существенное влияние на проявления у них психических нарушений, возникающих в результате ортопедической травмы.

Определено, что психические расстройства непсихотического уровня у пациентов травматологических стационаров могут непосредственно влиять на течение основного заболевания. Данные больные стараются более длительное время находиться на постельном режиме с ограничением физической активности, клиническое выздоровление у них проходит менее успешно, что осложняет процесс реабилитации и удлиняет сроки лечения. Такие пациенты также демонстрируют худшие функциональные результаты.

Таким образом, у пациентов травматологического профиля могут развиваться психические нарушения, связанные с внезапностью травмы, неопределённым прогнозом, длительным нахождением больного в стационаре в условиях социальной депривации и вынужденным длительным постельным режимом с ограничением физической активности, что осложняет процесс реабилитации и удлиняет сроки лечения основного заболевания. Лечение основного заболевания необходимо проводить с учетом психического состояния пациента для более успешной реабилитации и более быстрого возвращения больного к социально активной жизни.

*Титиевский С.В., Ракитянская Е.А.*

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

### **ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

В настоящее время в травматологических стационарах возрастает количество больных, у которых развиваются пограничные психические расстройства – в связи с их высокой распространенностью в популяции, внезапностью травмы, неопределённым прогнозом, длительным стационарным лечением в условиях социальной депривации, вынужденным постельным режимом с ограничением физической активности, что приводит к дезадаптации и снижению качества жизни больных травматологического профиля.

Целью настоящей работы было исследование эффективности препаратов флувоксамин и мirtазапин при психотерапии тревожных и депрессивных расстройств пограничного уровня у больных с ортопедической травмой.

Нами обследованы 40 пациентов с наличием непсихотических психических расстройств в возрасте от 20 до 57 лет, проходивших стационарное лечение в Республиканской травматологической больнице г. Донецка. У данных больных были диагностированы: депрессивный эпизод легкой степени (F32.0), депрессивный эпизод умеренной степени (F32.1) и генерализованно-тревожное расстройство (группа F41.1). Длительность наблюдения составляла 20 дней. Пациентам с тревожно-фобической и тревожно-депрессивной симптоматикой назначался флувоксамин с первого дня терапии в дозе 50 мг вечером. Пациентам, у которых на первый план выступали инсомнические или выраженные тревожные расстройства, назначали мirtазапин в дозе 30 мг на ночь. Для оценки состояния использовались стандартные психометрические шкалы: шкала тревоги Гамильтона; шкала депрессии Бека; тест ММРП в варианте сокращённого многофакторного опросника личности СМОЛ. Результаты подвергались статистической обработке.

Применение флувоксамина и мirtазапина при тревожных и депрессивных расстройствах привело к значительному улучшению состояния больных, ак 3-4 неделе терапии депрессивные, тревожные и вегетативные расстройства полностью исчезали. При этом, на фоне лечения флувоксамина положительный ответ наблюдался уже на 7 день применения препарата. Наиболее высокий темп редукции симптоматики, включая тревожное настроение, с заметным уменьшением когнитивного, соматизированного и поведенческого компонентов тревоги, отмечался с 1 по 3 недели терапии. В последующем отмечались дальнейшее уменьшение тревожной симптоматики и стабилизация состояния.

Результаты исследования продемонстрировали выраженное анксиолитическое и вегетотропное действие флувоксамина: к 8-му дню терапии у больных отмечалось снижение тревоги по шкале Гамильтона более чем на 50% по сравнению с исходным, на 14 день редукция психопатологической симптоматики составила более 70%. На протяжении всего периода применения мirtазапина лишь у 4 пациентов отмечались побочные явления в виде утренней слабости и сонливости, однако данная симптоматика при продолжении лечения проходила достаточно быстро, без дополнительной медикаментозной коррекции. Каких-либо осложнений не наблюдалось. Случаев привыкания к препаратам выявлено не было.

Клинический анализ динамики психотерапии тревожных расстройств пограничного уровня препаратами флувоксамин и мirtазапин у больных травматологического профиля позволил выявить, что оба препарата обладают выраженным анксиолитическим действием, которое реализуется в течение первых 5-10 дней терапии: уменьшается выраженность не только ситуационно спровоцированных тревожных опасений и сомнений, но и генерализованной тревоги во всех ее проявлениях, а также – в субъективно дискомфортном для больных когнитивном компоненте. В целом оба препарата, флувоксамин и мirtазапин, показали высокую эффективность и стабильность улучшения состояния у обследованных.

*Титиевский С.В., Воеводина В.С., Бабюк И.А., Гостюк И.М., Федоровская И.В.*

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

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

### **ОЦЕНКА ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Операционализируемая психодинамическая диагностика (ОПД) представляет собой систематизированную и интересубъективно сравнимую (проверяемую), ориентированную на психоанализ диагностику, предназначенную в настоящее время (ОПД-2) для психотерапевтических целей и проводимую по следующим 5 осевым направлениям: восприятие болезни и предпосылок для терапии (ось I), отношения (ось II), конфликт (ось III), структура (ось IV), диагностика согласно главе 5 МКБ-10 (ось V). Несмотря на значимость данного подхода для пограничной психиатрии, существуют лишь немногочисленные публикации, связанные с применением ОПД при различных психических расстройствах.

Цель данного исследования заключалась в предварительной оценке показателей осей ОПД при различных непсихотических психических расстройствах.

На основе рабочих материалов ОПД-2 нами разработана и обсуждена на обучающих семинарах с интервьюерами (ранее знакомыми с ОПД-2) структура исследования, а затем обследованы 30 больных с непсихотическими психическими расстройствами, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре МЗ ДНР. Полученные результаты статистически обработаны с помощью программы Microsoft Excel.

Выявлены следующие закономерности, характерные для показателей операционализированной психодинамической диагностики при непсихотических психических расстройствах.

Уровень личностных ресурсов обследованных оказался низок, на фоне представленности психических жалоб и проблем, стремления к психотерапии как желаемой форме лечения, а также стремления к эмоционально поддерживающему вмешательству и, кроме того, – представленности физических и социальных жалоб и проблем, построения концепции заболевания на основе социальных факторов, тяжести симптомов, субъективного страдания, стремления к редукции симптомов и активно-директивному вмешательству.

Стремление к психотерапии как желаемой форме лечения – наивысший показатель оси I, достоверно ( $p < 0,005$ ) превышающий величину стремления к редукции симптомов (что, вероятно, характеризует обследованных как в меньшей степени ориентированных на симптоматическую психотерапию). Данный показатель отмечен на фоне низких личностных ресурсов, а также – показателей построения концепции заболевания на основе соматических и социальных факторов, стремления к изменению социальной среды как желаемой форме лечения, внешних препятствий для изменения, открытости (психологической расположенности), вторичной выгоды от болезни/состояния, поддерживающего проблему.

Эдипальный конфликт в изученной выборке имел наименьшую степень выраженности по оси III, достоверно отличаясь от более выраженных конфликтов вины, самооценки (достоинства), «индивидуации – зависимости» и «подчинения – контроля» ( $p < 0,05$  во всех случаях), хотя наша клиническая практика показывает представленность и отчетливую выраженность данного конфликта при непсихотических психических расстройствах.

Структура обследованных (ось IV) обнаружила низкий уровень интеграции прежде всего как доступность психических функций для саморегуляции и, в меньшей степени, как ограничение отношений Я с объектами (низкая способность обследуемых к саморегуляции, оказалась достоверно ниже способности к привязанности (к внутренним объектам) и интегрированности структуры в целом –  $p < 0,05$  во всех случаях).

*Ткаченко К.Е.*

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

### **ЧАСТОТА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АНТИГЕНАМ ЯБЛОКА СОРТА ЧЕМПИОН У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ**

Актуальность. Распространенность аллергических заболеваний стремительно возрастает во всем мире, и уже сейчас есть основания говорить об аллергии, как о пандемии XXI века. Особое место среди прочих разновидностей аллергии, безусловно, занимает аллергия алиментарного генеза, которой подвержены абсолютно все возрастные категории и социальные слои населения. Развитие множества аллергических реакций, провоцируемых пищевыми аллергенами, как более легких, таких как оральный аллергический синдром, аллергический дерматит и крапивница, так и тяжелых системных анафилактических, существенно снижает качество и может представлять угрозу жизни таких пациентов. Наиболее часто клинически пищевая аллергия проявляется в виде кожных реакций – крапивницы, атопического дерматита. Безусловно, важно исследовать структуру специфической сенсibilизации к отдельным пищевым аллергенам у таких пациентов. Яблоко в свою очередь является одним из наиболее часто употребляемых фруктов, в том числе и больными с пищевой аллергией.

Целью данного исследования явилось изучение частоты специфической сенсibilизации к антигенам яблока сорта Чемпион у детей, страдающих пищевой аллергией.

Материалы и методы. Нами отобраны и исследованы сыворотки 163 детей, в возрасте от 5-ми месяцев до 17-ти лет, имеющих отягощенный аллергический анамнез, предъявляющих жалобы на частое развитие кожных

аллергических реакций, преимущественно в виде атопического дерматита и крапивницы, связанных с пищей. Определение уровней специфических IgE-антител в сыворотке крови к антигенам яблока сорта Чемпион производилось с помощью иммуноферментного анализа. Использовались первые отечественные иммуноферментные тест-системы четвертого поколения, разработанные сотрудниками кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии (г. Донецк). К несомненным преимуществам данных систем относится возможность индивидуального подбора исследуемых аллергенов у каждого конкретного пациента, широкий диапазон измерений от 0 до 100 МЕ/мл, высокая чувствительность наборов до 0,05-0,075 МЕ/мл, и низкий коэффициент вариации не превышающий 5%. Следует отметить, что технические характеристики данных систем соответствуют всем международным стандартам диагностики специфической сенсибилизации. Статистическая обработка данных проводилась с помощью лицензионной программы «MedStat» (г. Донецк).

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования было установлено, что частота специфической сенсибилизации к антигенам яблока сорта Чемпион среди обследованных нами лиц составила  $25,8 \pm 3,4\%$ . Такие данные подтверждают необходимость тщательного контроля допустимости употребления в пищу яблок сортов со смешанным красным окрасом, в том числе сорта Чемпион, лицами, скомпрометированными со стороны кожных аллергических реакций алиментарного генеза.

Выводы. Установлено, что частота специфической сенсибилизации к антигенам яблока сорта Чемпион достаточно высокая и составляет  $25,8 \pm 3,4\%$  среди лиц с отягощенным аллергическим анамнезом. Результаты исследования демонстрируют целесообразность и перспективность использования для диагностики специфической сенсибилизации к антигенам яблока отечественных тест-систем четвертого поколения.

*Токарева М.А.*

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

### **ЧАСТОТА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ**

Воспалительные заболевания суставов сопровождаются болью, что влияет на качество жизни больных, а также приводит к появлению у них депрессивных расстройств (ДР). Частота ДР при ревматоидном артрите колеблется от 20 до 75%. Частота и выраженность депрессивных расстройств на когорте больных детского возраста мало изучены в настоящее время.

**Цель исследования:** изучить частоту развития и выраженность расстройств депрессивного характера при ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА).

**Материал и методы:** обследовано 36 детей в возрасте от 8 до 17 лет, находившихся на лечении в Республиканской детской клинической больнице (РДКБ) в период с октября 2017 года по сентябрь 2018 года. Первую группу составили 10 детей младшего школьного возраста (от 8 до 11 лет), вторую 26 детей подросткового возраста (от 11 до 18 лет). Использовались клинико-anamnestические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Для диагностики депрессивных состояний использовалась методика В.Зунга, в адаптации Т.И.Балашовой. Статистическая обработка данных проводилась с помощью корреляционного анализа.

**Результаты и обсуждение:** среди обследуемых детей преобладали девочки (97%). Средняя длительность заболевания составила  $2,1 \pm 0,5$  года. Суставная форма ЮИА была диагностирована у 97% больных, системный вариант – у 3%. Депрессивные расстройства были выявлены у большинства больных (83%). Степень выраженности ДР была различной: у 63% обследуемых выявлены депрессивные расстройства легкой степени, у 24% субдепрессивное состояние (маскированная депрессия) и только у 13% диагностировано истинное депрессивное состояние. В группе детей младшего школьного возраста у половины пациентов диагностирована депрессия легкой степени тяжести, у половины отсутствовали депрессивные расстройства. В группе детей подросткового возраста только у 4% отсутствовали депрессивные расстройства, у 54% выявлена депрессия легкой степени тяжести, у 27% субдепрессивное состояние, у 15% истинное депрессивное состояние. Таким образом, в группе детей подросткового возраста чаще диагностируются и более выражена степень тяжести депрессивных расстройств по сравнению с группой детей младшего школьного возраста. Корреляционный анализ установил связь средней силы между длительностью заболевания и степенью тяжести депрессии, которая является статистически значимой ( $p < 0,05$ ). Установлено, что тяжесть депрессивных расстройств, в группе детей подросткового возраста, оказывает неблагоприятное влияние на выраженность болевого синдрома, частоту рецидивов и тяжесть обострений. Также была установлена прямая зависимость уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ ) и степени выраженности депрессивных расстройств.

**Выводы:** Депрессивные расстройства при ЮИА встречаются с частотой 83%. В группе детей подросткового возраста чаще диагностируют более выраженную степень тяжести депрессивных расстройств по сравнению с группой детей младшего школьного возраста. На тяжесть депрессивных расстройств влияет длительность и характер течения ЮИА. Установлена взаимосвязь коморбидного депрессивного состояния с характером течения ЮИА. Так, при наличии депрессии имеют место более выраженный болевой синдром, большее количество вовлеченных в воспалительный процесс суставов, более выраженная степень функциональной недостаточности, большая степень иммунобиологической активности.

**Токарева О.Г.**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,  
кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Донецк, ДНР  
Зав. кафедрой – проф. Абрамов В.А., научный руководитель – проф. Ряполова Т.Л.

### **СМЫСЛО-ЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Цель исследования** - изучение особенностей смысла жизни у пациентов с аффективной патологией для разработки личностно-ориентированных психосоциальных реабилитационных мероприятий.

**Материал и методы исследования.** Материалом послужили «Индивидуальные карты клинического и социально-демографического анализа историй болезни больных аффективными расстройствами», а также результаты теста смысло-жизненных ориентаций (методика СЖО) Д.А. Леонтьева 38 больных, находившихся на лечении в РКПБ (16 человек, 42 %) и РКПБ-МПЦ (22 человека, 58%) г. Донецка. Всего было обследовано 11 мужчин (29%) и 27 женщин (71%). Для 9 (23.68%) из них госпитализация была первой в жизни, для 29 (76.32%) имела место повторная госпитализация в стационар. Метод математической обработки включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 12.6» (StatSoft) на IBM PC/AT.

**Результаты.** Оценивались результаты показателей методики смысло-жизненных ориентаций (СЖО) у группы женщин и мужчин, также оценивались показатели у группы пациентов, для которых настоящая госпитализация являлась первой, и у которых наблюдалась тенденция к хронификации. Различия между приведенными группами не явились статистически значимыми на уровне значимости  $\alpha = 0,05$ . В то же время, выявлялась определенная закономерность при сравнении показателей методики в группах больных с тревожным радикалом и без него, а также у больных с депрессивным радикалом и без последнего. Итак, для группы пациентов, у которых преобладало депрессивное состояние, в сравнении с нормативными показателями наблюдалось статистически значимое снижение показателей по шкалам «Цель жизни» ( $28.69 \pm 2.87$ ;  $p=0.0195$ ) и «Осмысленность жизни» ( $95.44 \pm 7.25$ ;  $p=0.04968$ ). Для группы пациентов с преобладающим тревожным состоянием наблюдалось статистически значимое снижение показателей практически по всем шкалам опросника в сравнении с нормой: «Цель жизни» -  $29.18 \pm 1.72$  ( $p=0.0087$ ), «Процесс жизни» -  $26.77 \pm 1.68$  ( $p=0.039$ ), «Результат жизни» -  $23.14 \pm 1.31$  ( $p=0.044$ ), «Локус контроля – Я» -  $18.95 \pm 1.10$  ( $p=0,033$ ), «Осмысленность жизни» -  $92,82 \pm 4.11$  ( $p=0,014$ ).

**Выводы.** Состояние тревоги более тяжело переносится пациентами, поскольку они пребывают в состоянии неопределенности настолько сильной, что теряют способность к смыслообразованию, несмотря на пребывание в стационаре и получаемую терапию. Для пациентов с депрессивным радикалом их состояние, как за счет пребывания в стационаре, так и проводимого лечения, является более определенным и понятным. Такие больные в «определенно негативной», на наш взгляд, ситуации депрессии теряют возможность глубоко анализировать свою жизнь и утрачивают цели в жизни, что отражает утрату феномена временного континуума. Пациентами же с тревожным радикалом ситуация расценивается как «неопределенно негативная» с соответствующим усугублением состояния тревожности. Таким образом, при разработке личностно-ориентированных психосоциальных реабилитационных мероприятий для больных с аффективной патологией необходимо учитывать смысло-жизненные ориентации пациентов. Если для больных с депрессивным радикалом может быть эффективным использование когнитивно-поведенческой терапии, направленной на обретение пациентами способности осмысливать жизненные события, то наличие тревожного радикала требует дифференцированного использования методов клиент-центрированной и экзистенциальной психотерапии.

**Томачинская Л.П., Поважная Е.С.**

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО,  
кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины

### **ПРЕПОДАВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПОЗИЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ**

Специфика предмета требует от обучающихся интеграции знаний по теоретическим и клиническим предметам. Физиотерапия (как часть медицинской реабилитации) в большей степени, чем другие клинические дисциплины, основывается на знании законов физики и биофизики. В то же время, являясь прикладной дисциплиной, она не может быть усвоена без прочных знаний по всем клиническим дисциплинам.

Достижение главной цели – положительного эффекта лечения – при рациональном сочетании лекарственной и немедикаментозной терапии требует от врача четкого представления о механизмах действия лечебных физических факторов (ЛФФ) на организм человека, а также на фармадинамику и фармакинетику применяемых лекарственных средств.

При разработке механизма действия ЛФФ принципиальным является положение, согласно которому их воздействие следует рассматривать как физический раздражитель. Следовательно, правильное понимание механизма действия ЛФФ возможно только через фундаментальные закономерности физики и биологии. Это положение позволяет в качестве первого этапа рассмотреть вопрос о действии ЛФФ на целостный организм по следующей биокibernетической схеме: ЛФФ воздействует на управляющее устройство (центральную нервную систему), которое посылает импульсы на объект управления (орган, система органов), оттуда – на измерительное устройство (рецепторный аппарат), с которого по системе обратной связи – снова на рецепторный аппарат.

Схема позволяет получить общее представление о действии ЛФФ на организменном уровне, объяснить общий характер происходящих изменений, учесть функциональные особенности обратных связей.

Следующим этапом является переход от общих явлений к локальным воздействиям. Влияние ЛФФ следует рассматривать с позиции универсальных законов действия раздражителей на ткани организма. Такими законами являются закон силы и закон времени с их фазностью развития, а для постоянных токов (гальванического и низкочастотных импульсных) – еще и полярные законы раздражения.

Использование предлагаемой схемы для изучения механизмов действия ЛФФ позволяет учесть ответные реакции организма по всей иерархической лестнице – от рецепторов до высших отделов регуляторных систем. Рассмотрение взаимосвязей «сила - время» позволяет говорить не только о количественных, но и о качественных изменениях в тканях и тесно связано с дозой применяемых ЛФФ.

Таким образом, с позиции теории функциональных систем можно составить план лечения конкретного больного с учетом таких компонентов как мотивация, память, обстановочная и пусковая афферентация. Предлагаемая методика может быть использована и на других кафедрах.

**О.А. Трунова**

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

### **ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИИ IN VITRO**

Аллергические заболевания в различных экологически неблагоприятных регионах выявляются среди 15 – 35 % взрослого и 15 – 20 % детского населения.

Домашняя пыль в жилых помещениях способна вызывать у человека появление клинических проявлений IgE-опосредованных заболеваний. Клещевые, пыльцевые, эпидермальные, бактериальные, инсектные, химические и другие компоненты могут определять аллергенный профиль домашней пыли. Мицелий и споры некоторых условно-патогенных грибов могут загрязнять воздух жилых и общественных помещений и играть роль этиологического фактора при бронхиальной астме и других аллергических заболеваний.

Целью работы явилось изучение гиперчувствительности к внутрижилищным (бытовым, грибковым, эпидермальным) аллергенам среди детей региона Донбасса, страдающих аллергическими заболеваниями.

Комплексное аллергологическое лабораторное обследование проведено у 52 детей в возрасте от 1 до 14 лет, имеющих выраженные симптомы аллергических заболеваний. Изучались сывороточные концентрации общего и специфических IgE, гистамина, серотонина. Также определялся диагностический индекс в реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) с некоторыми грибковыми аллергенами.

Специфические IgE-антитела к внутрижилищным аллергенам были выявлены у 92,3 % обследованных детей: 80,7 % - к табаку, 74,0 % - к библиотечной пыли, 67,3 % - к волосам человека, 65,4 % - к таракану, 63,5 % - к домашней пыли, 61,5 % - к дафнии, 51,9 % - к полиамиду, 50,0 % - к шерсти собаки и вате, 49,9 % - к *Dermatophagoides farinae*, 48,1 % - к *Dermatophagoides pteronys*, 46,2 % - к перу подушки, 46,1 % - к вискозе, 44,2 % - к шерсти овцы, 40,4 % - к шерсти кошки. Гораздо реже определялись специфические IgE-антитела к шерсти кролика – 9,6 % и к ацетатному волокну – 7,7 %.

Однако лишь у 50 % обследованных в сыворотке крови выявлен высокий уровень общего IgE (26 детей). Средний уровень общего IgE в подгруппе детей с нормальным его содержанием составил 27,6 МЕ/мл, а в подгруппе детей с повышенным содержанием был чрезвычайно высоким – 388,5 МЕ/мл. У детей до 9 лет IgE (345,2 МЕ/мл) в среднем в 6 раз превышал физиологическую возрастную норму, а у детей с 10 до 14 лет (468,3 МЕ/мл) – только в 2,3 раза.

В РТМЛ у этих детей чаще всего определяется сенсibilизация клеточного (замедленного) типа к аллергену из пера подушки (21,0 %), клещам *Dermatophagoides pteronys* (17,3 %), домашней пыли и шерсти кошки (11,5 %), шерсти овцы, табаку и клещам *Dermatophagoides farinae* (9,6 %).

У 52 % детей, проявляющих гиперчувствительность немедленного типа к внутрижилищным аллергенам, установлена и сенсibilизация клеточного (замедленного) типа к группе грибковых аллергенов, среди которых лидируют *C.albicans*, *Cladosporium herbarum*, *Penicillium u Rhizopus nigricans*.

Концентрация сывороточного гистамина была выше верхней границы нормы (0,08 мкг/мл) у 95,45 % детей и составляла в среднем 0,105 мкг/мл. Уровень серотонина превышал верхнюю границу нормы (0,09 мкг/мл) у 51,16 % детей и составлял в среднем 0,115 мкг/мл.

**ВЫВОДЫ.** 1. Показана высокая чувствительность метода ИФА-диагностики специфических IgE-антител и концентрации сывороточного гистамина для определения аллергологического статуса детей.

2. Показана значимость внутрижилищных аллергенов и дрожжеподобных, плесневых грибов-сапрофитов в формировании аллергических заболеваний у детей.

3. Определение аллергологического статуса детей обязательно должно включать комплексное лабораторное обследование с использованием ИФА метода специфических IgE-антител, гистамина, РТМЛ, общего IgE, серотонина.

**Трушин С.Н., Романов А.Н.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

### **ПРИНЦИПЫ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СОСТОЯВШИМСЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

В настоящее время известно около 100 заболеваний человека, в течение которых может возникнуть острое гастродуоденальное кровотечение. В структуре причин таких кровотечений около 60% приходится на язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, 15-17% на опухоли желудка, 10-15% на эрозивный и геморрагический гастрит, 8-10% на синдром Мэллори – Вэйса и другие причины.

До настоящего времени большинство руководств по хирургии содержит шаблонные рекомендации по назначению гемостатических препаратов, однако эти рекомендации не учитывают динамических изменений в системе гемостаза, которые наблюдаются в организме пациента при кровотечении или после него.

Так как речь идёт о состоявшемся кровотечении – то подразумевается, что гемостаз уже тем или иным способом достигнут, и на поверхности язвенного дефекта имеется тромб в различной фазе его формирования. При возникновении кровотечения или сразу после него отмечается активация свёртывающей системы крови и компенсаторной активации системы фибринолиза. Поскольку тромб уже сформирован, не имеет смысла назначать большие дозы препаратов усиливающих тромбообразование (Этамзилат натрия), так как повышенное содержание тромбопластина в крови может способствовать началу фазы гиперкоагуляции ДВС-синдрома с массивным потреблением факторов свёртывающей системы крови. На наш взгляд необходимо использовать препараты ингибирующие систему фибринолиза (Аминокапроновая или Транексамовая кислота). Так же с целью профилактики фазы гиперкоагуляции ДВС-синдрома необходимо назначать большие дозы антиоксидантов, вследствие того что свободно-радикальное окисление, происходящее на мембранах тромбоцитов, ведёт к их повреждению и высвобождению клеточного тромбопластина, что является одним из пусковых механизмов запуска диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. Если у пациента развилась первая фаза ДВС-синдрома- фаза нормокоагуляции с массивным потреблением факторов свёртывания крови – то не следует назначать синтетические средства ингибирующие фибринолиз, так как сама по себе аминокапроновая кислота может утяжелить течение ДВС- синдрома. При начале ДВС синдрома показано назначение свежезамороженной плазмы и небольших доз гепарина. Введенный непосредственно в плазму гепарин из расчета 0,1–0,25 ЕД/мл повышает активность антитромбина-III по отношению к факторам Ха и IXa в 1000 раз, обрывает процесс внутрисосудистого свертывания и тем самым не дает развиваться коагулопатии потребления. С целью стимуляции синтеза факторов свёртывания крови, необходимо назначать препарат Викасол парентерально.

При возникновении коагулопатии потребления проявляющейся геморрагическим синдромом, если позволяет состояние пациента, следует назначать массивные дозы свежезамороженной плазмы. Однако если у пациента клиническая картина острого ДВС- синдрома, на фоне гиповолемического шока назначение больших доз свежезамороженной плазмы противопоказано и предпочтение следует отдавать препаратам ингибиторам протеолиза животного происхождения (Контрикал, Гордокс, Апротекс) в дозе от 100000 АтрЕ, что позволяет избежать массивных трансфузий свежезамороженной плазмы.

Таким образом, при состоявшемся кровотечении язвенной этиологии назначение тех или иных гемостатических препаратов должно выполняться с учётом динамических изменений в свёртывающей системе крови пациента.

**Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Тугова К.С., Былым Г. В.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра акушерства и гинекологии

### **ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ПРОСТАГЛАНДИНОВ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Актуальность.** Невынашивание беременности является одной из главных составляющих репродуктивных потерь. Вопросам этиологии, патогенеза, терапии и профилактики невынашивания беременности посвящено большое количество работ, тем не менее, продолжается изучение патогенетических механизмов этой патологии с целью разработки наиболее эффективных мер профилактики ранних репродуктивных потерь (Сидельникова В.М., 2005; Радзинский В.Е., 2004; Серов В.Н., 2000; Серова О.Ф., 2006). Особый интерес в этом плане представляют факторы, влияющие на сократительную деятельность матки. Известно, что в репродуктивных органах образуются простагландины E2 и F2a, причем их содержание в половых железах больше, чем в любом другом органе. Простагландины E2 и F2a имеют одинаковый молекулярный вес и очень сходное строение, но в корне различаются биологическими свойствами. Простагландин E2 способствует улучшению микроциркуляции в тканях, оксигенации крови, способствует расщеплению коллагена за счёт активизации протеолитических ферментов, что приводит к размягчению и расширению шейки матки. Простагландин F2a обладает противоположным действием: вызывает спазм сосудов, нарушение гемоциркуляции, ишемию тканей, повышает чувствительность миометрия к окситоцину, что обуславливает повышение тонуса матки (Персианинов Л.С., 1977; Побединский Н.М., 1997; Goldstein R.R., Croughan M.S., 2002). Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучению патогенетических механизмов спонтанного аборт и оптимизации тактики ведения женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, остается актуальной разработка новых диагностических и лечебных подходов, направленных на профилактику этого осложнения беременности. В этом отношении представляет

ся перспективным выяснение особенностей продукции простагландинов при невынашивании беременности и возможности ее коррекции.

**Цель.** Изучить особенностей продукции простагландинов при нормальном и осложненном течении беременности.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование 56 женщин, которые были разделены на две группы. I (основную) группу составили 32 беременных, с симптомами угрожающего выкидыша в сроки от 6 до 12 недель беременности; II (контрольную) группу составили 24 женщины с нормально протекающей беременностью.

**Результаты.** Особый интерес представляли результаты определения содержания простагландинов E<sub>2</sub> и F<sub>2α</sub> в эндометрии, так как их действие максимально выражено в месте синтеза. При физиологическом течении беременности (контрольная группа) содержание простагландинов в эндометрии составляло: P<sub>g</sub> E<sub>2</sub> – 10890,1 ± 232,5 пг/мл; P<sub>g</sub> F<sub>2α</sub> – 14925 ± 738,9 пг/мл. В основной группе отмечалось увеличение продукции простагландинов. Максимальные их значения выявлены при спонтанном аборте: P<sub>g</sub> E<sub>2</sub> – 25625,8 ± 348,6 пг/мл, P<sub>g</sub> F<sub>2α</sub> – 18612,5 ± 675,3 пг/мл.

**Выводы.** Угроза прерывания беременности сопровождается повышением содержания простагландинов P<sub>g</sub> E<sub>2</sub> и P<sub>g</sub> F<sub>2α</sub> в сыворотке крови по сравнению с нормой в 4 и 5 раз соответственно. Их увеличение до 700 пг/мл и более является прогностически неблагоприятным признаком исхода беременности.

*Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Тутова К.С., Былым Г. В.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра акушерства и гинекологии

### **ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

**Актуальность.** Профилактика тромбоза глубоких вен и связанных с ним осложнений, в первую очередь тромбоемболии легочной артерии, в течение многих лет остается актуальной проблемой у гинекологических больных с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза. На сегодняшний день установлены основные причины, патогенетические механизмы, факторы риска патологического тромбообразования, определена вероятность развития осложнения для различных групп пациентов. Созданы и успешно применяются в клинической практике новые антикоагулянты, средства для механической компрессии и ускорения венозного кровотока. Многочисленные клинические испытания этих методов однозначно подтвердили целесообразность и возможность предупреждения венозных тромбоемболических осложнений, и в то же время существенного снижения частоты этих осложнений в повседневной практике не произошло. Весомую роль в решении данной проблемы играет разработка новых лечебно-профилактических комплексов с учетом особенностей состояния сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у гинекологических больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза.

**Цель:** улучшение исходов лечения гинекологических больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза, за счет проведения коррекции выявленных нарушений в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 44 пациентки с хроническим гнойным воспалением органов малого таза, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ЦГКБ№3 г. Донецка. Все больные были разделены на две группы: в 1-ю группу вошли 20 женщин, которым проводилось лечение по традиционной схеме. 2-ю группу составили 24 пациентки, которые получали разработанный нами лечебно-профилактический комплекс тромбоемболических осложнений.

**Результаты.** У пациенток 1-й группы, лечение проводилось по традиционной схеме. Во 2-й группе на фоне проведения интенсивного противовоспалительного лечения, использовался разработанный нами лечебно-профилактический комплекс тромбоемболических осложнений. Осложнения наблюдались в 1-й группе, где пациентки не получали профилактического лечения тромбоемболических осложнений, что достоверно отличалось от данных во 2-й группе (p<0,05).

**Выводы.** Длительное течение хронических гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза приводит к нарушениям в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза. Коррекция нарушений гемостаза в комплексном лечении позволила избежать тромбоемболические осложнения у всех больных 2-й группы. Таким образом, реализация в клинической практике современных принципов организации профилактики тромбоемболических осложнений позволяет существенно снизить значимость проблемы для стационарных гинекологических пациентов.

*Тюменцева С.Г., Шраменко Е.К., Кабанько Т.П., Логвиненко Л.В., Толстова Н.В., Хмель О.Н.*

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Донецкое территориальное клиническое объединение

### **ДОПАМИН В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ**

Потенциальную опасность развития острого повреждения почек вследствие одновременного воздействия как преренальных (неадекватная перфузия органа вследствие ишемии), так и ренальных (ранение почек)

можно предотвратить грамотным лечением на ранних этапах развития заболевания.

Учитывая, что повышение уровня азотистых шлаков крови (креатинина) является поздним признаком нарушения функции почек и развивается при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на 75% мы считаем необходимым назначать нефропротективную терапию, в том числе с использованием малых доз допамина сразу при поступлении больного в отделение интенсивной терапии. Дискуссии по поводу целесообразности использования малых доз допамина для улучшения внутрипочечного кровообращения и функций почек, с нашей точки зрения, имеют ряд недостатков: не сформулированы критерии отбора больных (основная категория противников допамина делает упор на пациентов со сформировавшейся почечной недостаточностью (III стадия по KDIGO) на фоне тяжелой гиповолемии и систолической недостаточности; либо эти пациенты в определенных хирургических ситуациях и требуют санации очага для профилактики формирования ОПП. Можно согласиться с тем, что на эффект допамина в предьявляемом объеме следует рассчитывать при условиях коррекции гиповолемии и сердечного выброса. В качестве весомых доводов против применения допамина приводятся известные побочные эффекты: тахикардия, повышение внутрилегочного шунтирования, нарушения иммунного и эндокринного ответов. В нашей практике клинические проявления этих осложнений либо отсутствовали, либо были легко устранимы. Используемый в качестве контраргумента для применения допамина довод об отсутствии эффекта улучшения выживаемости у больных с различным преморбидным фоном не может считаться убедительным.

Одним из препаратов, способных при анурии, особенно тогда, когда в результате падения СКФ диуретики не оказывают должного эффекта, является допамин. В отличие от других катехоламинов, допамин в результате специфического связывания с допаминовыми рецепторами почек уменьшает сопротивление почечных артерий, увеличивает в них кровоток, СКФ, а также стимулирует натрийурез.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния допамина на фильтрационную и водовыведительную функции почек у пациентов с политравмой, полученной в результате боевых действий, острой гормональной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, всеми видами шока, интоксикацией.

Для оценки потенциальной возможности развития острого повреждения почек у больных с почечными факторами риска информативны показатели СКФ, рассчитанные по формуле Кокрофта-Голта.

Использование допамина для предупреждения ОПП эффективно у больных со всеми видами шока, гормональной недостаточностью, экзогенной и эндогенной интоксикацией.

Допаминергическая доза допамина индивидуальна для каждого больного и должна быть рассчитана в соответствии с клиническим эффектом.

Для оценки эффективности введения низких доз допамина необходимо проводить «допаминовую пробу» в течение суток.

*Удовика Н.А.<sup>1</sup>, Ковтонюк И.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»

<sup>2</sup>ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №3» ЛНР

### **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: РИСКИ И ПРИОРИТЕТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА)**

Преждевременные роды (ПР) – это прерывание беременности от 22 до полных 37 недель. ПР имеют серьезные социальные аспекты (психологическая травма для семьи; высокая стоимость выхаживания недоношенных и дальнейшей их социализации). О ПР следует говорить, если у беременной имеется не менее 4-х схваток за 20 мин наблюдения. Для диагностики также используется оценка длины и состояния шейки матки с помощью трансвагинального УЗИ и определение фибронектина плода в шейечно-влагалищном секрете тест-системой Actim-Partus. Важна дифференциальная диагностика с заболеваниями кишечника и органов мочеполовой системы, с несостоятельностью рубца на матке и преждевременной отслойкой плаценты. В случае подозрения ПР прежде всего необходимо *беременную доставить в перинатальный центр*, где имеется дыхательная аппаратура и кувезы для недоношенных. А для этого необходимо выиграть время (отсрочить рождение вне центра), для чего используется *острый токолиз*. Одновременно важно попытаться подготовить легкие ребенка к первому вдоху (*профилактика респираторного дистресс-плода – РДС*). Доказано, что острый токолиз сам по себе не снижает частоту ПР и перинатальную смертность.

Острый токолиз – это купирование регулярных маточных сокращений во II и III триместре беременности (с 22 недель до 34 недели) хотя бы на 2-е суток. Условия токолиза: регулярные схватки; отсутствие хорионамнионита; удовлетворительное состояние плода(ов). Противопоказания к токолизу: хорионамнионит (гипертермия, озноб, гнойные выделения из влагалища); отслойка плаценты (опасность развития матки Кювельера); состояния, когда пролонгирование беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжёлые экстрагенитальные заболевания матери); пороки развития плода, несовместимые с жизнью; антенатальная гибель одного из плодов при многоплодии. Через 2 часа от начала токолиза переоценить ситуацию: если продолжается раскрытие шейки матки – токолиз отменить. Для острого токолиза используются блокаторы кальциевых каналов (нифедипин); альфа2-адреномиметики (гинипрал); блокаторы окситоциновых рецепторов (трактоцил); нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин); прогестерон; донаторы оксида азота (нитроглицерин). А вот сульфат магния 25% показан как нейропротектор, а не токолитик, причем в малых дозах (до 16 мл 25% раствора в сутки) (профилактика ДЦП).

Профилактика РДС у плода (22-34 полных недель) проводится путем в/м введения дексаметазона или

бета-метазона(курс 24 мг за 48 часов). Повторное введение препарата не рекомендуется (повышение риска отставания в психомоторном развитии детей и усилении проблем их поведения). Не проводится при клинических проявлениях тяжелой инфекции.

На сегодняшний день нет доказательной базы эффективности актовегина, глюкозы, пираретама, трентала, эссенциале, инстенона и др. препаратов при начавшихся ПР.К тому же при беременности всегда опасна полипрагмазия. К сожалению, сегодня имеет место гипердиагностика ПР, гипермедиализация беременности и родов препаратами с недоказанной эффективностью и безопасностью. А госпитализация всегда увеличивает риск тромбоэмболий и инфицированность самой женщины госпитальной флорой (нарушение микробиома). Не доказала эффективности и рутинная доплерометрия как скрининговый метод (не снижается перинатальная заболеваемость и смертность) и на практике рутинно не должна использоваться. Допплерометрия диагностически значимой оказалась у беременных высокого риска (многоплодная беременность, задержка развития плода; преэклампсия), так как действия медиков по ее результатам приводят к доказанному снижению перинатальной смертности. Сегодня точно известно, что применение на протяжении более 50 лет препаратов прогестерона не снизило частоту самопроизвольных аборт, а токолитическое направление, используемое более 40 лет, не способствует уменьшению числа ПР.

*Ульянкина О.В., Добровольская Н.А.*

ГОО ВПО ДонНМУ им. М.Горького

### **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ПРИ ПРОЯВЛЕНИИ СТРЕССА В УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ**

В данной работе был проанализирован материал, касаемый гендерных особенностей реакции студентов-медиков на стрессовые ситуации, а также гендерные различия в способах его устранения. Проведен теоретический анализ исследований гендерных особенностей в области педагогики, психологии и физиологии.

**Цель исследования** - проанализировать гендерные различия психологических и физиологических особенностей студентов в стрессовых ситуациях в педагогическом процессе.

Анализ результатов современных исследований в области стресса показал, что скорейшей адаптации студентов к учебной деятельности (адаптационный стресс) способствуют: активность, личностный рост и развитие, стремление к общению и социальной полезности.

Для юношей является характерным более низкий уровень психологического стресса, чем у девушек за тот же срок наблюдения. Это было выявлено не только эмоциональными и поведенческими признаками, но и некоторыми соматическими проявлениями (напряженность в мышцах, головные боли, нарушения сна). Для юношей остается характерным более низкий уровень стресса, так как они мотивированы на успех и чаще переживают положительные эмоции, а в состоянии напряжения более склонны к поведенческим реакциям. Результаты этих данных позволяют нам говорить о том, что женщины в большей степени восприимчивы к психологическим стрессорным ситуациям. На наш взгляд эти данные необходимо учитывать при разработке методических рекомендаций для проведения занятий по стрессоустойчивости в смешанных группах.

Ларри Кэхилл, изучая нейрофизиологические механизмы восприятия и воспоминания стрессовых событий, выявил различия в процессах образования следов памяти на волнующие события у мужчин и женщин. Исследования проводились с помощью ПЭТ. Ученые оценили активность головного мозга испытуемых. Было обнаружено, что различия в процессах формирования памяти на волнующие события у женщин выражены сильнее, чем у мужчин.

Рассмотрев сферу гендерных особенностей шире, мы выявили что этот термин из психологических исследований, перешел в исследования в сфере педагогики. В результате чего возникли новые термины «гендерное воспитание», «гендерное обучение», «гендерная педагогика».

Педагогические особенности гендерных различий, тесно связаны с генетическими различиями мужчины и женщины. Так как существуют бесспорные физиологические показатели в сфере зрения, слуха, осязания, обоняния, протекания познавательных и эмоциональных процессов. На все эти данные необходимо обращать внимание при физической и психической подготовке, а также в учебно-воспитательном процессе, особенно не занятиях физической культурой.

Однако, некоторые ученые считают, что гендерные различия в развитии и формировании индивида если и имеются, то совсем незначительные, и в практическом процессе на них не следует обращать внимания.

Гендерные особенности обуславливают различную реакцию на стресс у студентов и формируют различные подходы к его устранению. Поэтому важно учитывать гендерные особенности при разработке программы по формированию стрессоустойчивости для студентов в процессе физического воспитания.

*Ульянкина О.В., Добровольская Н.А.*

ГОО ВПО ДонНМУ им. М.Горького

### **ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ПРОЯВЛЕНИИ СТРЕССА В УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

**Аннотация.** В данной работе был проанализирован материал, касаемый гендерных особенностей студентов-медиков в стрессовых ситуациях, а также гендерные различия в способах его устранения. Проведен теоретический анализ исследований гендерных особенностей в области педагогики, психологии и физиологии.

Цель исследования - выявить гендерные различия психологических и физиологических особенностей и проанализировать их влияния на специфику стресса студентов в педагогическом процессе.

Факторный анализ результатов современных исследований в области стресса показал, что скорейшей адаптации студентов к учебной деятельности (адаптационный стресс) способствуют: активность, личностный рост и развитие, стремление к общению и социальной полезности.

Для юношей является характерным более низкий уровень психологического стресса, чем у девушек за тот же срок наблюдения. Это было выявлено не только эмоциональными и поведенческими признаками, но и некоторыми соматическими проявлениями (напряженность в мышцах, головные боли, нарушения сна). Для юношей остается характерным более низкий уровень стресса, так как они мотивированы на успех и чаще переживают положительные эмоции, а в состоянии напряжения более склонны к поведенческим реакциям. Результаты этих данных позволяют нам говорить о том, что женщины в большей степени восприимчивы к психологическим стрессорным ситуациям. На наш взгляд эти данные необходимо учитывать при разработке методических рекомендаций для проведения занятий по стрессоустойчивости в смешанных группах.

Ларри Кэхилл, изучая нейрофизиологические механизмы восприятия и воспоминания стрессовых событий, выявил различия в процессах образования следов памяти на волнующие события у мужчин и женщин. Исследования проводились с помощью ПЭТ. Ученые оценили активность головного мозга испытуемых. Было обнаружено, что различия в процессах формирования памяти на волнующие события у женщин выражены сильнее, чем у мужчин.

Рассмотрев сферу гендерных особенностей шире, мы выявили что этот термин из психологических исследований, перешел в исследования в сфере педагогики. В результате чего возникли новые термины «гендерное воспитание», «гендерное обучение», «гендерная педагогика».

Педагогические особенности гендерных различий, тесно связаны с генетическими различиями мужчины и женщины. Так как существуют бесспорные физиологические показатели в сфере зрения, слуха, осязания, обоняния, протекания познавательных и эмоциональных процессов. На все эти данные необходимо обращать внимание при физической и психической подготовке, а также в учебно-воспитательном процессе, особенно не занятиях физической культурой.

Однако, некоторые ученые считают, что гендерные различия в развитии и формировании индивида если и имеются, то совсем незначительные, и в практическом процессе на них не следует обращать внимания.

**Выводы:** гендерные особенности являются важной составляющей стресса, а главное различной реакцией на него и его устранение. Поэтому важно учитывать гендерные особенности при разработке программы по формированию стрессоустойчивости для студентов-медиков.

*Фастова О.Н., Лузин В.И., Приходченко И.С., Мосягина Н.А.*

Государственное Учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»

### **ВЛИЯНИЕ НАНЕСЕНИЯ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЯХ ПОСЛЕ 60-СУТОЧНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАТРИЯ БЕНЗОАТА НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЭПИФИЗА**

**Введение.** В пищевой промышленности широко используется натрий бензоат (НБ) (E211), который применяется при производстве широкого ассортимента продуктов, а также в медицине при лечении шизофрении и печеночной энцефалопатии. Доказана способность НБ инициировать выработку активных форм кислорода и свободных радикалов, имеются сведения об угнетении функциональной активности реактивных отделов скелета после применения НБ. Сведения о влиянии длительного употребления НБ, на репаративную регенерацию костей в доступной литературе отсутствуют.

**Цель:** Изучить в эксперименте микроэлементный состав (МС) проксимального эпифиза большеберцовых костей (ББК) у белых крыс при нанесении дефектов ББК после 60-суточного употребления НБ в различных концентрациях.

**Материалы и методы.** Эксперимент проведен на 210 белых крысах-самцах с исходной массой тела 200-210 г, распределенных на 6 групп: 1-я - контрольные крысы, 2-3-я - крысы, которым ежедневно в течение 60-ти суток внутривенно вводился 1 мл НБ в дозе 500 и 1000 мг/кг/сутки, 4-ю - крысы, которым наносили сквозной дефект диаметром 2,0 мм на границе проксимального метафиза и диафиза обеих ББК, и 5-6-ю - на 1-е сутки по окончании введения НБ наносили дефект ББК. Сроки наблюдения составили 3, 10, 15, 24 и 45 суток после завершения введения НБ с соблюдением требований эвтанази. В проксимальном эпифизе ББК определяли содержание цинка, железа, марганца и меди на атомно-абсорбционном фотометре типа «Сатурн»-2 в режиме эмиссии в воздушно-пропановом пламени. Полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием прикладного пакета Statistica 5.11 for Windows.

**Результаты.** Введение НБ в течение 60 суток (2-3-я группы) сопровождалось истощением МС проксимального эпифиза ББК, которое зависело от дозы вводимого препарата. При дозе НБ 500 мг/кг/сутки изменения сохранялись до 24 суток, а при дозе 1000 мг/кг/сутки - до 45 суток после операции.

В 4-й группе содержание меди и цинка в проксимальном эпифизе ББК с 3 по 45 сутки наблюдения было меньше значений 1-й группы на 5,45%, 8,21%, 10,58%, 9,19% и 6,93% и на 6,23%, 8,72%, 9,19%, 6,35% и 6,26%, а содержание марганца с 10 по 45 сутки - на 9,54%, 9,31%, 7,48% и 6,16%. (приведенные здесь и далее отличия являются достоверными,  $p < 0,05$ ).

В 5-й группе содержание цинка и марганца в проксимальном эпифизе ББК на 15 и 24 сутки наблюдения было меньше значений 4-й группы на 5,88% и 5,13%, и на 9,32% и 7,54%, содержание железа на 15 сутки – на 6,23%, а содержание меди на 24 и 45 сутки – на 5,94% и 6,19%.

С увеличением дозы НБ до 1000 мг/кг/сутки МС проксимального эпифиза ББК изменялся более значимо: содержание цинка и марганца в проксимальном эпифизе ББК с 10 по 45 сутки наблюдения было меньше значений группы Д соответственно на 5,84%, 6,98%, 7,92% и 6,17% и на 10,36%, 12,74%, 13,05% и 7,32%, содержание железа на 10 и 24 сутки – на 6,78% и 7,07%, а содержание меди на 24 и 45 сутки – на 8,47% и 8,85%.

**Выводы.** Нанесение дефекта в ББК животным, которые в течение 60-ти суток предварительно получали НБ, сопровождается истощением МС проксимального эпифиза ББК, признаки которого выражены в течение всего периода наблюдения. Это является отражением замедления формирования костного регенерата в метадиафизарном отделе ББК в условиях предварительного введения НБ и зависит от дозы вводимого препарата.

**Федосеев А. Б.**

«Республиканский Центр организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий»  
283005 г. Донецк, пр. Ильича, 106  
e-mail: rcozmsit@zdravdnr.ru

## **УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Наличие эффективной экономики, сильной фундаментальной науки, развитой фармацевтической индустрии еще не гарантируют предоставление качественного медицинского обслуживания населения.

Важнейшую роль в обеспечении эффективного оказания медицинской помощи играет не столько наличие достаточного количества ресурсов и технологий, сколько организация процесса управления и менеджмент качества оказания медицинской помощи.

На основании предложений экспертов ВОЗ принято следующее определение качества медицинской помощи: — это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации персонала, то есть способности снижать риск прогрессирования заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от взаимодействия с системой здравоохранения [1].

В ст.2 Закона ДНР «О здравоохранении» качество медицинской помощи определяется как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [2].

На сегодня в Республике сформирована достаточная нормативная база для обеспечения контроля качества медицинской помощи.

Основным документом является приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.2015 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по контролю качества медицинской помощи» [3].

Вместе с тем, как показывают результаты проводимых проверок, системная, планомерная и целенаправленная работа по контролю качества осуществляется лишь в отдельных учреждениях здравоохранения.

Безусловно, процесс контроля, обуславливающий необходимость заполнения руководителями определенных форм, будь-то журнал или карта дефектов, проведение экспертных оценок, требует затрат времени, которого всегда не хватает.

С целью упрощения данной работы Республиканским Центром организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий разработан компьютерный программный комплекс «Контроль качества медицинских услуг», предназначенный для использования в работе заместителями руководителей учреждений здравоохранения, заведующими структурными подразделениями (отделениями, амбулаториями) при проведении оценки качества оказания медицинской помощи. В программе реализован 3-х ступенчатый уровень контроля.

Результаты оценки качества могут быть представлены как в виде карты экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, так и по врачам либо структурным подразделениям учреждения здравоохранения.

Полученные результаты могут быть учтены при дифференцированной оплате труда, например, при определении размера надбавки за сложный и напряженный труд. В настоящее время программный комплекс модернизируется. Индикаторы, рекомендуемые для проведения мониторинга качества оказания медицинской помощи, разделяются на используемые в амбулаторном и стационарном секторе, добавляются критерии качества по отдельным нозологическим формам и группам заболеваний. Уверены, что использование современных информационных технологий в процессе контроля качества оказания медицинской помощи – это требование сегодняшнего дня и насущная необходимость.

В большинстве случаев качество оказания медицинской помощи оценивается ретроспективно на основании первичной учетной медицинской документации в связи с чем, полнота и качество ее заполнения играют ключевую роль.

Считаем необходимым еще раз подчеркнуть важность анализа показателей деятельности учреждений и состояния здоровья населения. Если в ходе анализа выявлены значительные негативные отклонения, то следует детально изучить процессы и имеющиеся ресурсы и на основании сформированных выводов принять действенные меры по улучшению ситуации.

Весомым структурным компонентом системы управления качеством медицинской помощи являются медико-технологические документы по стандартизации медицинской помощи. В данном направлении в Республике проведена значительная работа, на сегодняшний день приказами МЗ ДНР утвержден 201 документ.

С целью обеспечения предоставления качественного и безопасного медицинских услуг в учреждениях здравоохранения Республики, в ближайшее время основными мероприятиями должны стать:

1. четкое соблюдение нормативных документов, регламентирующих управление качеством медицинской помощи на уровне учреждения;
2. обучение медицинских работников вопросам менеджмента качества, активное вовлечение их в процесс разработки и внедрения локальных протоколов;
3. автоматизация процессов оценки качества медицинской помощи путем использования современных информационных технологий;
4. совершенствование процесса подготовки кадров, внедрение программ непрерывного медицинского образования;
5. систематический анализ интегральных показателей работы с осуществлением корректирующих действий по устранению выявленных дефектов.

Таким образом, на сегодня мы находимся лишь в самом начале пути по формированию в Республике действенной системы управления качеством медицинской помощи.

Сделаны лишь первые шаги, допущены определенные ошибки, но, как говорят, признать свои недочеты – значит стать на путь исправления!

Совместными усилиями нам удастся сформировать эффективную систему оказания своевременной и качественной помощи жителям Республики.

*Федько В.Г., Сохина В.С., Авсянкина Е.В.*

*Научный руководитель: зав. каф., д.мед.н., проф. Статинова Е.А.*

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

Кафедра неврологии и медицинской генетики

### **«ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИШЕМИЧЕСКИХ ОЧАГОВ»**

**Цель исследования.** Изучить выраженность депрессии и когнитивных нарушений в зависимости от локализации ишемических очагов.

**Актуальность.** Ежегодная смертность от инсульта в России остается одной из наиболее высоких в мире (374 на 100 000 нас.). Постинсультная депрессия - самый распространенный психопатологический синдром инсульта, определяется у 30-50 % больных. Пациенты после инсульта, при наличии депрессии, умирают в 3,4 раза чаще, чем пациенты без нее.

**Материалы и методы.** Обследовано 30 больных в остром периоде ишемического инсульта (средний возраст 72,4±8,6 лет) с нейропсихологическими нарушениями. Нейровизуализация очагов проводилась при помощи КТ, МРТ. Степень тяжести по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) составила у всех наблюдаемых 12 баллов. Результаты обрабатывали статистическим методом парного сравнения групп пациентов с помощью программы Microsoft Excel 7.0.

**Результаты.** Пациенты были разделены на три группы в зависимости от степени выраженности нейропсихологических нарушений. В первую группу вошли 15 человек с выраженными нейропсихологическими нарушениями, во вторую – 10 с умеренными и легкими, в третью – 5 без нейропсихологических нарушений. Всем пациентам были проведены КТ, МРТ головного мозга. У всех больных были выявлены ишемические очаги. Локализация очагов была следующей: 50% - передний отдел левого полушария, 20%-задний отдел левого полушария, 14%-передний отдел правого полушария и 16%-задний отдел правого полушария. У половины больных тяжесть инсульта по NIHSS соответствовала средней степени (9-12 баллов), у другой половины - тяжелой (13-15 баллов). Корреляционная связь между выраженностью двигательных, чувствительных нарушений и локализацией ишемических очагов не была нами установлена. Наблюдалась вариабельность тех или иных неврологических расстройств в зависимости от зоны поражения головного мозга. В трех группах показатели теста MMSE варьировали в пределах от 13 до 27 баллов, по Монреальской шкале от 10 до 26 баллов, что свидетельствует об изменении степени когнитивных нарушений от выраженной до легкой у пациентов в пределах одной группы и разных групп. У 35 % больных были выявлены легкие и умеренные когнитивные нарушения, у 2%-деменция и у 63 % -изменения отсутствовали. Когнитивные расстройства имели место чаще при локализации очага в переднем отделе левого полушария. В первой группе при использовании Госпитальной шкалы тревоги и депрессии был получен средний суммарный показатель  $15 \pm 3$  балла, шкала Гамильтона дала средний показатель у пациентов в  $19 \pm 2$  балла, что свидетельствует о тяжелом тревожно-депрессивном расстройстве. Во второй группе были получены следующие средние показатели:  $9 \pm 2$  балла по Госпитальной шкале,  $14 \pm 4$  по шкале Гамильтона, что указывает на наличие депрессии средней и легкой степени тяжести, в третьей группе средние показатели составили  $3 \pm 3$  балла и  $5 \pm 2$  балла соответственно, что оценивается как

отсутствие симптомов тревоги и депрессии. У 58% больных была выявлена депрессия, которая преимущественно наблюдалась при поражении передних отделов левого полушария. Выраженность депрессии не зависела от тяжести неврологического дефицита, а была связана с локализацией очага. Наблюдалась отрицательная динамика симптомов депрессии и тревоги в раннем восстановительном периоде ( $14,0 \pm 1$  балл) по сравнению с острейшим ( $19,0 \pm 2$  балла) в 1 группе пациентов. При локализации очага в переднем отделе левого полушария выраженность депрессии оставалась приблизительно на одном уровне с разницей в 5 баллов 6 месяцев от начала наблюдения. При проведении КТ, МРТ головного мозга в первой группе были выявлены очаги малых, средних и больших размеров в левом полушарии, захватывая дорсолатеральную корковую область и базальные отделы лобных долей. Выраженность тревожно-депрессивного расстройства расценивалась нами, как тяжелая, в данной группе пациентов. Во второй группе по данным КТ, МРТ были выявлены очаги разных размеров в левом полушарии без четкой локализации в той или иной области и очаги в правом полушарии, что коррелировало с депрессией средней и легкой степени тяжести. В третьей группе визуализировались очаги в правом полушарии разных размеров, а симптомы депрессии и тревоги отсутствовали как таковые.

**Выводы.** Выраженность депрессии у наблюдаемых пациентов зависела не от тяжести неврологического дефицита и размера очага ишемического инсульта, а от локализации очага. Стратегической зоной возникновения тяжелой депрессии является левое полушарие и развитие ишемического инсульта в бассейне правой мозговой артерии.

*Д.А. Филимонов<sup>1</sup>, С.К. Евтушенко<sup>2</sup>, А.Б. Ересько<sup>3</sup>, М.А. Белоцерковская<sup>1</sup>,  
Н.Н. Трубникова<sup>1</sup>, А.В. Муратов<sup>3</sup>, А.А. Войташ<sup>3</sup>*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики<sup>1</sup>

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»<sup>2</sup>

ГУ «Институт физико-органической химии и углекислоты им. Л.М. Литвиненко»<sup>3</sup>

### **НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ: КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**Актуальность.** Дисфункция щитовидной железы является фактором риска цереброваскулярных заболеваний, в частности, описана ассоциация гипотиреоза с атеро- и артериосклерозом, гипергомоцистеинемией и атеротромботическим инсультом. Тем не менее, в течение последних лет опубликованы результаты ряда клинических и экспериментальных исследований, свидетельствующих о возможных нейропротекторных эффектах как гипер-, так и гипотиреоза.

**Цель исследования:** определить влияние тиреоидных гормонов на тяжесть и исход атеротромботического инсульта.

**Материалы и методы.** Основу исследования составили результаты наблюдения за 44 пациентами с ишемическим атеротромботическим инсультом. В течение 24 часов от дебюта инсульта анализировались базисные факторы риска, определены концентрации свободного трийодтиронина (св.Т3), свободного тироксина (св.Т4), тиреотропного гормона (ТТГ). Неврологический дефицит оценивался по шкале Scandinavian Stroke Scale (SSS). За неблагоприятный исход принималось наличие через 6 месяцев после инсульта более 2-х баллов по модифицированной шкале Рэнкина. Экспериментальная часть представлена моделью инсульта у крыс с транзиторной окклюзией внутренней сонной артерии.

**Результаты.** Регрессионный анализ показал, что у пациентов с атеротромботическим инсультом уровни ТТГ и Т4(св.) не оказывали влияние на тяжесть неврологического дефицита, в то время, как уровень св.Т3 благоприятно влиял на тяжесть инсульта по шкале SSS ( $R^2 = 0,35$ ,  $p = 0,0029$ ). После поправки над другие факторы риска данные взаимосвязь оставалась статистически значимой. Тест ANOVA показал, что пациенты с высоким уровнем св.Т3 (4-й квартиль,  $\geq 5.35$  пмоль/л) переносили менее тяжелый инсульт (медиана по шкале SSS в 4-м и 2-3-м квартилях 48 и 37 баллов соответственно,  $p = 0,043$ ). Повышение уровня св.Т3 ассоциировалось со снижением риска неблагоприятного исхода инсульта, независимо от других факторов риска (ОШ=0,46; 95% ДИ 0,25-0,83). В ходе экспериментального исследования определялось влияние недавно описанного метаболита трийодтиронина – тиронамина (ТОАМ) на тяжесть неврологического дефицита у лабораторных животных. Внутривенное введение 75 мг ТОАМ (синтезирован в Институте физико-органической химии и углекислоты им. Л.М. Литвиненко) после экспериментальной окклюзии внутренней сонной артерии ассоциировано с менее тяжелым дефицитом по сравнению с контролем (медиана по шкале mNSS 14 и 16 баллов соответственно,  $p = 0,036$ ), данное экспериментальное исследование продолжается.

**Выводы.** Исследование показало, что высокий уровень св.Т3 ассоциирован с более благоприятным течением и исходом ишемического атеротромботического инсульта. Полученные данные свидетельствуют о том, что тиреоидные гормоны (преимущественно, трийодтиронин) могут обладать потенциальными нейропротекторными эффектами, возможно, за счет действия тиронаминов. Для определения клинической эффективности аналогов тиреоидных гормонов и их метаболитов при ишемическом инсульте в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака запланированы дальнейшие клинико-экспериментальные исследования.

*д.мед.н., проф. Фисталь Э.Я., Меркулов Д.С., Грищенко И.С., Горбенко А.С.*

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

## **МЕТОДЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ**

Гигантские пигментные невусы представляют собой обширные новообразования кожи, возникновение которых большинство ученых связывают с миграцией меланобластов в эмбриональном периоде из нейроэктодермальной трубки в базальный слой эпидермиса. Несмотря на то, что данный вид опухолей кожи относят к доброкачественным, и в нашем опыте озлокачествлений не встречалось, по данным некоторых авторов, на месте такого невуса возможно развитие меланомы. В зависимости от максимального диаметра врожденные меланоцитарные невусы делят на мелкие - менее 1,5 см, средние - от 1,5 до 20 см и гигантские - более 20 см в диаметре. Гигантские невусы могут иметь форму «трусов», «купального костюма» или напоминать «шкуру животных», иногда по периферии от основного очага располагаются мелкие невусы-сателлиты. По мере роста ребенка пораженные участки темнеют и утолщаются, их пигментация становится неоднородной, а поверхность – бородавчатой, с наличием узлов; рост волос отмечается в 95% случаев и особенно выражен в позднем детском возрасте.

В нашей клинике за период с 2013 года накоплен опыт хирургического лечения 32 пациентов с обширными и гигантскими пигментными новообразованиями кожи различной локализации. Большинство из них – дети от 1 года до 15 лет, в основном – девочки. Наиболее частая локализация невуса – лицо и волосистая часть головы, у остальных – туловище и конечности.

Тактика хирургического лечения зависит от обширности опухоли, глубины ее распространения в коже, локализации образования и возраста пациента.

Хирургическое лечение заключалось в удалении невусов и состояло практически у всех пациентов из 2-6 этапов.

Иссечение опухоли проводили в зависимости от ее распространенности и глубины тангенциально, в некоторых случаях до фасции. Методы закрытия раневых дефектов также зависели от глубины и распространенности послеоперационной раны и заключались в пластике местными тканями, дермотензионными лоскутами, дермабразии комбинированной кожной пластике, а также с использованием клеточных и тканевых технологий (аутокератиноциты, фибробласты, ксенотрансплантаты и др.).

С 2017 года в нашей клинике применяется ультразвуковая диагностика и дерматоскопия таких невусов, что позволяет определить характер и глубину залегания пигмента, выявить возможное озлокачествление на ранних этапах и определить точные границы новообразований.

Функциональные и эстетические результаты у всех оперированных пациентов были удовлетворительными или хорошими. Необходимо динамическое наблюдение пациентов для возможной коррекции послеоперационных рубцов.

*Проф. Фисталь Э.Я., Сперанский И.И., Арефьев В.В., Ульянова О.В., Фирсова Г.М.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМИ И СВЕРХКРИТИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПО ДАННЫМ ДОНЕЦКОГО ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА**

Несмотря на все достижения современной медицины лечение обширных и глубоких ожогов, представляет одну из сложнейших и специфических проблем комбустиологии и пластической хирургии. Летальность, даже в специализированных ожоговых отделениях, остаётся высокой: при критических ожогах достигает до 77%, а при «сверхкритических».

Проведен анализ лечения 137 пострадавших от обширных и глубоких ожогов на площади свыше 60% поверхности тела, находившихся на лечении в Донецком ожоговом центре Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины (ИНВХ) с января 2007 по декабрь 2017 г. Мужчин было 119 (86,9%), женщин – 18 (13,1%).

Основным этиологическим фактором критических ожогов было пламя – у 124 (90,53%), у 4-х электроожоги (2,9%) в сочетании с ожогами пламенем горячей одежды, у 9 детей (6,57%) – ожоги горячей жидкостью. Обращает на себя внимание травма, полученная во время взрыва угольно – метановой смеси в шахтах, где кроме пламени действует взрывная волна и другие факторы повреждения.

Около трети пострадавших (32,6%) доставлены в клинику с места происшествия, остальные (67,4%) транспортированы из других лечебных учреждений в первые 48 часов. Осложнений и ухудшения состояния пострадавших с критическими ожогами во время транспортировки в стадии ожогового шока, несмотря на достаточно большие расстояния (до 150 км), не наблюдалось ни разу. Более того, четыре тяжелообожжённых пациента (2,9%) были транспортированы автомобильным транспортом из других областей Украины на расстоянии до 750 км, Ещё трое доставлены авиатранспортом. Всем больным во время транспортировки проводилась интенсивная противошоковая терапия согласно разработанного в клинике алгоритма.

Из исследуемой группы выжил 91 обожжённый (66,43%), умерло 46 человек (33,57%). При этом площадь только глубокого ожога у 63 выжившего больного (69,23%) превышала 40% поверхности тела, а у умерших площадь глубокого ожога более 40% была у 29 пострадавших (63,04%). Эти результаты значительно лучше литературных данных.

**Выводы:**

Пострадавшие с критическими и сверхкритическими ожогами должны быть доставлены в специализированные ожоговые центры не позже вторых суток после травмы. Лечение таких больных требует индивидуализации программы с учётом тяжести состояния, сочетанных и комбинированных повреждений, возраста и сопутствующих заболеваний. Выздоровление таких больных возможно только при условии полного медикаментозного и инструментального обеспечения и индивидуального ухода, а также – раннего хирургического лечения ( дермабразия и ксенотрансплантация поверхностных ран и некрофасциотомия глубоких повреждений в первые 48 часов после травмы).

**Фисталь Э.Я.<sup>1</sup>, Фисталь Н.Н.<sup>2</sup>, Соболев Д.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака МЗ ДНР

<sup>2</sup>ГОО ВПО «ДОННМУ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО»

Кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ  
«КОМБУСТИОЛОГИЯ» И «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»**

Начиная с 2014 года, система преподавания по специальностям «комбустиология» и «пластическая хирургия» на кафедре комбустиологии и пластической хирургии ФИПО претерпела существенные изменения. В течение 2017 года на кафедре были утверждены дополнительные профессиональные программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации. В настоящее время длительность обучения по специальностям «комбустиология» и «пластическая хирургия» составляют 576 часов (4 месяца) и 1296 часов (9 месяцев) соответственно. На кафедре разработано и утверждено 100% методического обеспечения учебного процесса – методические указания для врачей-курсантов и методические рекомендации для преподавателей. Все необходимые материалы для обучающихся на циклах профессиональной переподготовки, повышения квалификации и стажировки по этим специальностям (лекционный материал, методические указания, интерактивные занятия, тесты, список рекомендуемой литературы) размещены на платформе Информационной образовательной среды ГОО ВПО «ДОННМУ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО». Из особенностей преподавания по специальности «комбустиология» необходимо отметить, что на кафедре впервые в вузе в 2015 году был разработан и утвержден цикл тематического усовершенствования для врачей различных специальностей «Неотложная помощь раненым и пострадавшим с ранами и ожогами в военное и мирное время». За 2015-2018 гг. на данном цикле прошло обучение 212 врачей-курсантов. Длительность цикла составляет 72 часа. Кроме того, начиная с 2015 года, на кафедре было выпущено 3 учебных пособия для врачей-курсантов.

13.02.2017 Приказом Министра здравоохранения Донецкой Народной Республики №174, утвержденного в Министерстве юстиции 09.03.2017 №1889 «О внесении изменений в Номенклатуру врачебных должностей и специальностей в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденную приказом МЗ ДНР от 04 июня 2015 года № 012.1/57», в ДНР была утверждена новая врачебная специальность «пластическая хирургия». Согласно данному приказу на кафедре были разработаны и утверждены дополнительные программы высшего профессионального образования профессиональной переподготовки и повышения квалификации. Одновременно, при поддержке Министерства здравоохранения ДНР, на базе ИНВХ им. В.К. Гусака было открыто первое отделение пластической хирургии и трансплантации клеток, в котором выполняются восстановительные и реконструктивные операции на бюджетной основе. 06.09.2018 года под номером 1559 вышел Приказ Министерства здравоохранения ДНР «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики №656 от 20.04.2017 года «Об организации деятельности по ведению специальности «Пластическая хирургия». В данном приказе окончательно утвержден перечень врачебных специальностей и контингент курсантов, имеющих право пройти цикл профессиональной переподготовки. Начиная с 2017 года на циклах стажировки по пластической хирургии прошли обучение 2 врачей, на цикле профессиональной переподготовки – 3 врачей, получивших дипломы Министерства образования и науки ДНР. В настоящее время на кафедре обучаются еще 9 врачей по программе профессиональной переподготовки «пластическая хирургия». Таким образом, резюмируя тезисы, можно прийти к выводу, что несмотря на непростую ситуацию в ДНР в целом и медицине в частности, кафедра комбустиологии и пластической хирургии активно развивается, совершенствуется как педагогический процесс, так и процесс научного поиска, создаются новые стандарты обучения и лечебного процесса.

**Хацко В.В., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Коссе Д.М., Шаталов С.А., Нестеров Н.А.**

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

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ  
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

С каждым годом во всём мире прогрессивно увеличивается количество больных с жёлчно-каменной болезнью. Причинами этого являются нерациональное питание, малоподвижный образ жизни, различные нарушения обмена веществ и др. Холедохолитиаз (ХДЛ) наблюдается у 12,7-29,4% больных с жёлчнокаменной болезнью (ЖКБ) и в 48,8-91,0% является причиной обтурационной желтухи (ОЖ). После операций на фоне желтухи летальность может достигать 15-30%. В настоящее время всё чаще применяются малоинвазивные

способы лечения – эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией (ЛЭ) и др. На втором этапе лечения выполняют лапароскопическую холецистэктомию.

**Цель работы** – провести сравнительный анализ оперативного лечения ХДЛ традиционным способом и с применением ЭПСТ.

**Материал и методы.** 1-ю (основную) группу составили 748 пациентов с ХДЛ, которые оперированы в I хирургическом отделении ДокТМО за последние 10 лет (выполнена ЭПСТ с ЛЭ). Мужчин было 206 (27,5%), женщин – 542 (72,5%) в возрасте  $57,2 \pm 2,2$  лет. ЭПСТ проводили по стандартным методикам с помощью аппаратов FUJINON EPX-201H, Pentax – 1000 (Япония) и С-дуги. В 23 случаях применен разработанный нами «Назобилиарный катетер – дренаж» (патент №123095 от 18.08.2017 г.). Во 2-ю (контрольную) группу вошли 352 больных с ХДЛ, которые были оперированы в I хирургическом отделении лапаротомным способом с 1998 по 2007 гг. Мужчин было 99 (28,3%), женщин – 253 (71,7%) в возрасте  $56,4 \pm 1,8$  лет. Методы обследования были стандартными. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета «Statistica 6.0».

**Результаты и обсуждение.** Причинами нарушения проходимости жёлчных протоков были: первичный ХДЛ - в 63,2% случаев, резидуальный – в 25,4%, рецидивный – в 11,4%. После успешной ЭПСТ с ЛЭ у больных с первичным ХДЛ вторым этапом выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) через 2-3 суток. После ЭПСТ с ЛЭ осложнения были у 59 (8%) чел.: острый панкреатит – у 42, кровотечение из папиллотомной раны – у 10, холангит – у 7. Умерли 3 (0,4%) пациента. После применения модифицированного катетера-дренажа осложнений не было. После лапаротомных операций на холедохе осложнения возникли в 66 (18,8%) случаях: нагноение раны – 21, несостоятельность билиодигестивного анастомоза – 14, пневмония – 8, наружный желчный свищ – 8, острый панкреатит – 7, другие – 8. Умерли 16 (4,7%) чел. За последние 2 года число осложнений снизилось с 8 до 6,3% в 1-й группе, и с 18,8% до 11,7% (95% ДИ,  $p < 0,05$ ). Летальных исходов не было.

**Выводы.** Малоинвазивный способ лечения ХДЛ (ЭПСТ с ЛЭ) является эффективным, особенно с применением разработанного катетера-дренажа. Двухэтапные операции (ЭПСТ + ЛХЭ) целесообразно выполнять для лечения осложненных форм ЖКБ (обтурационной желтухи, острого холангита, стеноза папиллы и др.).

*И.М. Храпко*

Городская клиническая больница № 21, г. Донецк, ДНР

### **РИНОСЕПТОПЛАСТИКА СЛОЖНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА, НАСТУПИВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ШАХТНОЙ ТРАВМЫ**

Актуальность: Шахтные травмы (ШТ), хоккейные травмы, автомобильные травмы относятся к сложным случаям деформаций носа. В результате таких травм наступает раздробление костей носа, размозжение кожи и мягких тканей, инфицирование раны. Устранение подобных деформаций сопряжено с большими трудностями в техническом плане.

**Материал и методы:** три сложных случая посттравматических деформаций носа, наступивших в результате ШТ. Для всех трёх случаев характерно позднее обращение по поводу коррекции деформации носа, через 5 – 7 лет после травмы. 1-й случай: пациент 35 лет, в анамнезе 2 ШТ, 2 хоккейные травмы носа и автокатастрофа в 2007 году. 2-й и 3-й случаи: пациенты 22-х и 36-и лет, в анамнезе 2 тяжёлые ШТ. Предоставлены фотоматериалы результатов через год и более после операции в 6-и стандартных проекциях.

Посттравматические деформации носа и носовой перегородки, наступившие в результате ШТ, характеризуются некоторыми общими признаками: перелом пирамиды носа по типу «карточного домика» с многочисленными хаотичными линиями переломов, наличие костных секверстов, боковое смещение пирамиды носа IV степени, западение и выворот носовых костей кнаружи, седловидная деформация спинки носа, отрыв верхнелатерального хряща от четырёхугольного со смещением верхнелатерального хряща. Многочисленные рубцы спинки носа, прокрашивание травмированной кожи шахтной пылью, которое заметно даже через 5-7 лет после ШТ, приводящее к обеднению трофики кожного лоскута. Носовая перегородка в подобных случаях как правило, резко смещается в одну из сторон, образуя «поперечную перегородку», в противоположной половине носа образуется костно-хрящевой массив из отломков клиновидного отростка, гребешка верхней челюсти и сошника. Наступает сужение правого и левого носового хода в области носового клапана с нарушением функции дыхания.

Все пациенты прооперированы по общей методике, описанной на примере 1-го случая: краевой разрез совмещён с W-образным. Обнажены нижние и верхние латеральные хрящи. Перегородка обнажена тыльным доступом. Обнаружены линии переломов четырёхугольного хряща: одна параллельно каудальному концу, что создавало эффект «поперечной перегородки» и вторая линия перелома – параллельно верхнему краю четырёхугольного хряща, что привело к отрыву верхнелатерального хряща. Удалён конгломерат из отломков клиновидного отростка, гребешка верхней челюсти и сошника. Воссозданы линии переломов четырёхугольного хряща, хрящ выровнен, приведен в срединное положение. Наложены фиксирующие швы. Верхнелатеральный хрящ справа резко деформирован и искривлён вправо. Многочисленные рубцы кожи и SMAS, прокрашивание кожи шахтной пылью. Произведено иссечение рубцов, удалены искривляющие участки верхнелатерального хряща.

Произведены остеотомии: слева - латеральная и промежуточная, справа – латеральная. Произведена клиновидная резекция носовой кости справа. Пирамида носа приведена в срединное положение. Костными элеваторами устранено западение костной части пирамиды носа. Для исправления седловидной деформации

наружного носа справа использована «сэндвич-техника», слева – техника «турецкие сладости». На купола хрящей наложены межкупольные швы 1-го и 2-го уровней по Пшениснову. Медиальные ножки стабилизированы при помощи хрящевого трансплантата. Разрез ушит пролен № 5 и викрил № 6. Фиксация при помощи эндоназальных стентов и гипсового лонгета на 10 дней.

Результаты и их обсуждение: через год и более после операции всем пациентам проведена передняя риноскопия и фотографирование в 6-и стандартных проекциях: спинка носа и носовая перегородка располагается по средней линии, носовое дыхание свободное, получен хороший функциональный и эстетический результат.

Выводы: достижение прогнозируемого результата в сложных случаях деформаций наружного носа и носовой перегородки после первой и единственной операции возможно.

*Чебалина Е.А., Жидких В.Н., Салоникиди А.И.*

ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, Донецк

### **СЛУЧАЙ ПАРАЦЕТАМОЛ-ИНДУЦИРУЕМОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ**

Сообщения о гепатотоксичности парацетамола, одного из наиболее часто используемых препаратов во всем мире, впервые появились в середине 1980-х годов, и с тех пор отмечается растущая частота заболеваемости. Одним из проявлений гепатотоксичности парацетамола, является гипогликемия. В литературе отмечается, что даже один эпизод гипогликемии является высоко информативным предиктором смерти, а сочетание гипогликемии, коагулопатии и лактоацидоза является надежным критерием для прогнозирования смерти или трансплантации печени.

В качестве примера гепатотоксического действия парацетамола с развитием гипогликемии, мы хотим привести описание случая из нашей клинической практики.

Пациент А., 1978г.р. заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, головной боли, общей слабости, сухого кашля, ломоты в теле, заложенности носа. За медицинской помощью не обращался, в течение 4-х дней лечился самостоятельно, принимал парацетамол (по 0,5 г 3-4 раза в сутки).

На четвёртые сутки болезни, в связи с резким нарушением сознания, и появлением судорог скорой помощью был доставлен в инфекционное отделение. При поступлении зафиксирована заторможенность, спутанность сознания, психомоторное возбуждение и галлюцинаторный синдром. В месте, времени и личности не ориентирован. Выраженные симптомы интоксикации, температура тела 38°C. В лёгких везикулярное дыхание с жестким оттенком, несколько ослаблено в нижних отделах, выслушиваются единичные сухие хрипы. SaO<sub>2</sub> = 92%. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. АД 90/70 мм рт ст. Пульс – 116 уд.в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1-2 см ниже края рёберной дуги. Ригидность мышц шеи, патологические рефлексы отсутствуют. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Отмечаются судороги.

В приемном отделении учитывая эпидситуацию (зимний период времени и подъем заболеваемости гриппом), установлен предварительный диагноз: Грипп, осложнённый менингоэнцефалитом. Больному назначена дезинтоксикационная, антибактериальная, противоотёчная, противовоспалительная и противосудорожная терапия. В отделении больной обследован (1-й день лечения в стационаре (4-й день болезни)): клинический анализ крови и мочи без значительных изменений; биохимический анализ крови - повышение АЛТ в 5 раз, АСТ в 2 раза, уровень глюкозы - 2,2 – 2,7 мкмоль/л. Общий анализ мочи без патологии, в ликворе патологических изменений не выявлено.

Отсутствие изменений воспалительного характера в результатах исследования СМЖ, дали основание исключить диагноз менингит. А на основании низкого уровня глюкозы в крови и имеющейся клинической картины заболевание синдром заподозрена гипогликемическая кома.

Пациент осмотрен эндокринологом: наследственность по сахарному диабету не отягощена, ранее сахарным диабетом не болел, глюкоза крови в пределах 2,2 – 2,7 мкмоль/л. Диагноз: Гипогликемическая кома. Назначено внутривенное введение глюкозы.

На 2-й день лечения в стационаре, состояние больного улучшилось, восстановилось сознание, регрессировали судороги и менингеальные знаки, однако сохранялась заторможенность. Периодически отмечалось повышение температуры тела до 37,2-37,4°C в вечернее время, кашель, головная боль, головокружение, слабость, ЧДД=18 в мин., пульс = 82 в мин., АД=110/70 мм рт ст. Печень на 1,5 см ниже рёберной дуги, эластичной консистенции. Сахар крови поднялся до уровня 2,9 – 3,1 мкмоль/л.

На протяжении последующих 5-ти дней лечения больного в стационаре состояние его улучшалось. Нормализовались показатели биохимических исследований и непосредственно уровня глюкозы в крови, однако сохранялась повышенная АЛТ.

На 7-й день лечения больной в удовлетворительном состоянии был выписан с диагнозом: Грипп, лекарственный гепатит, гипогликемическая кома.

*А.В.Ченская*

Республиканская клиническая психоневрологическая больница - Медико-психологический центр, Донецк

### **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ НЕВРОТИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Актуальность:** Проблема психосоматических соотношений — одна из наиболее сложных проблем современной медицины. Различные теоретические и научно-практические подходы к классификации психосоматических расстройств (ПСР) способствуют ошибкам в их диагностике в общетерапевтической практике и как следствие позднего обращения за психотерапевтической помощью. Разрешение этой проблемы будет способствовать своевременному выявлению психосоматических нарушений, что имеет определённое значение для выбора адекватных методов лечения и реабилитации указанного контингента.

**Цель исследования:** изучение распространенности в амбулаторной практике психосоматических заболеваний среди лиц с непсихотическими психическими расстройствами и поиск адекватных форм и методов психотерапевтического лечения для пациентов с психосоматическими расстройствами, находящимися на амбулаторном психотерапевтическом лечении.

**Материалы и методы исследования.** Данная работа осуществлялась на базе Республиканской клинической психоневрологической больницы - Медико-психологического центра. Основную выборку исследования составили 70 пациентов, находящихся на амбулаторном психотерапевтическом лечении с психосоматическими расстройствами. Возраст обследованных колебался от 18 до 56 лет. Средний возраст составил 43,7 лет. Продолжительность заболевания была в 78 % случаях (55 чел) до 2 лет. Были применены клинические и клинко-психопатологические методы обследования, которые дополнялись экспериментально-психологическими методами. Была использована шкала самооценки уровня личностной и реактивной тревожности Спилберга - Ханина; применялась шкала депрессии Бека. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием лицензионной программы "Excell", применялся двусторонний z-критерий.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Лечение пациентов носило комплексный характер, однако психотерапевтическое лечение являлось основным методом лечения в обеих группах. Были отобраны в основную группу 30 пациентов, с которыми проводилась индивидуальная краткосрочная фокусирующая психодинамическая психотерапия, а также другие методы психотерапии. В группу сравнения вошли 40 пациентов, с которыми проводились такие методы психотерапии, как релаксационный тренинг и поведенческо-когнитивная психотерапия. При психодинамической психотерапии выделение ведущего фокуса дисфункционального конфликта осуществлялось с помощью операционализированной психодиагностики (OPD-2). Эффективность психотерапевтического лечения оценивалась через 2 месяца после начала терапии на основании общепринятых клинических критериев. Анализ эффективности выявил достоверные различия у лиц в основной группе в сравнении с пациентами группы сравнения. **Вывод.** Таким образом, психотерапевтическое лечение ПСР должно включать как редукцию самого «симптома», так и работу с дисфункциональными конфликтами. Полученные данные позволяют рассматривать индивидуальную краткосрочную психодинамическую фокусирующую психотерапию в качестве адекватного и эффективного метода психотерапии психосоматических расстройств в амбулаторных условиях.

*Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Гуренко А.А.*

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра «Анестезиологии, реаниматологии и неонатологии»

### **ИНТРЕЛЕЙКИНЫ И СТРЕСС**

**Актуальность.** Структуры, входящие в состав центрального аппарата регуляции иммунной системы, топически совпадают с центральными структурами стресс-системы. Известно, что активация данных систем происходит опосредованно и двунаправленно. Цитокины играют важную роль во взаимодействии этих двух интегративных систем организма. В зависимости от обстоятельств они способны принимать активное участие не только в патогенезе нейровоспаления, но и в восстановительных процессах повреждённых участков мозга. Однако в настоящее время механизм взаимодействия иммунной системы и стресс-системы до конца не изучен.

**Цель:** Изучение влияния интерлейкинов на стресс-систему организма.

**Материалы и методы:** Анализ отечественных и зарубежных литературных источников.

**Результаты и обсуждение:** Стресс-система и иммунная система являются двумя основными адаптивными структурами организма, которые быстро реагируют на проблемы, ставящие под угрозу его здоровье. Их центры совпадают топически и связаны между собой двусторонними обратными связями. Цитокины являются иммунорегуляторами и модуляторами различных нейронных функций и нейронной целостности. Есть две формы IL-1, IL-1a и IL-1b. IL-1 состоит из трех различных генов, расположенных на длинном плече хромосомы 2, которые кодируют три различных структурных белков. IL-1a и IL-1b связываются с одинаковыми рецепторами и действующие в качестве агонистов молекул, в то время как существует - антагонист рецептора IL-1 (IL1ra), который связываясь с IL-1a и IL-1b рецепторами, не вызывает какой-либо внутриклеточный сигнал [Deak T, Bordner] и, следовательно, действует в качестве эндогенного ингибитора активности IL-1. Под действием повреждающих факторов происходит мгновенная активация сигнальных путей стрессовой системы и иммунный ответ в виде

выброса ИЛ-1, ИЛ-6 и TNF. [Anna G<sup>1</sup>dek-Michalska, JanBugajsk] Развитие воспаления в случае активации данной цепи зависит от силы ответа стресс-системы организма, которая будет увеличиваться посредством воздействия на нее цитокинов ИЛ-1 и ИЛ-6. Интерлейкин-1 опосредует активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и интерлейкина 6 с помощью ИЛ-1 типа I (а), стимулируя периваскулярные клетки в продолговатом мозге, которые активируют по возрастанию аминергические нейроны, что в конечном итоге приведет к стимуляции нейронов КРГ и увеличению ответа стрессовой системы и соответственно усугублению воспалительных реакций организма, что может привести к развитию хронического стресса и нейродегенерации.

**Заключение:** Таким образом, остаются не до конца решенными вопросы взаимодействия цитокинов ИЛ-1 и ИЛ-6 с нервными клетками. Необходимо дальнейшее изучение влияния провоспалительных цитокинов на стресс-систему организма, их взаимодействия с ЦНС, а так же рассмотрение повышения уровня цитокинов ИЛ-1 и ИЛ-6 в крови, как потенциальный биомаркер активации стресс-системы организма, корреляции между этими показателями и прогноза о возможных сценариях развития ответа организма на повреждающие факторы.

*Чижевская О.И.<sup>1</sup>, Ештушенко С.К.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака,

<sup>2</sup>ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

### **НОРМОТЕНЗИВНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ (СИНДРОМ ХАКИМА – АДАМСА)**

**Введение.** Нормотензивная гидроцефалия, или синдром Хакима-Адамса, характеризуется хроническим расстройством ликвородинамики, значительным расширением желудочковой системы без значительного увеличения уровня внутричерепного давления. Проявляется триадой основных симптомов: нарушением походки, деменцией, недержанием мочи. Может имитировать ряд неврологических заболеваний, особенно в своем дебюте

**Цель исследования.** Разбор клинического случая заболевания нормотензивной гидроцефалии, манифестировавшего приступом периферического головокружения.

**Материалы и методы.** Пациентка 52 лет, находившаяся на лечении в отделении реконструктивной ангионеврологии и нейрореабилитации ИНВХ им. В.К.Гусака.

**Результаты и обсуждение.** Пациентка поступила в отделение в марте 2018г. с жалобами на впервые возникший в январе данного года после переохлаждения приступ выраженного системного головокружения, которое самостоятельно регрессировало. В дальнейшем повторялись приступы выраженного головокружения при перемене положения тела, в связи с чем пациентка обратилась к неврологу по месту жительства. При выполнении МРТ головного мозга выявлены признаки выраженной внутренней открытой гидроцефалии: 4-ый желудочек расширен до 24мм, 3-ий – до 19мм, тела боковых желудочков л – до 38мм, передние рога боковых желудочков – до 25мм, височные рога – до 11мм, выявлены единичные мелкие очаги до 5мм в лобных областях сосудистого генеза. В связи с сохранявшимся головокружением обратилась в нашу клинику. В неврологическом статусе выявлен горизонтальный нистагм при взгляде вправо, шаткость в позе Ромберга влево, ограничение и болезненность движений в шейном отделе, рефлекторная сфера без особенностей. В общеклинических и биохимических анализах – без патологии. При проведении рентгенографии шейного отдела обнаружены явления остеоартроза в унко-вертебральных сочленениях С<sub>5</sub>-С<sub>7</sub>, остеохондроза с резким сужением межпозвоночных щелей и нестабильностью этих позвонков. На фоне терапии противоотечными, кортикостероидными и сосудистыми препаратами головокружение регрессировало полностью, в неврологическом статусе сохранялось пошатывание в позе Ромберга, установочный нистагмоид, ограничение движений в шейном отделе. На основании клинических и нейровизуализационных методов была диагностирована нормотензивная гидроцефалия (синдром Хакима-Адамса) на фоне доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения.

**Выводы.** Представленный случай интересен тем, что благодаря развившемуся периферическому головокружению на основании клинических и нейровизуализационных методов была диагностирована нормотензивная гидроцефалия (синдром Хакима-Адамса).

*Чижевский И.В., Зенько Н.А., Плыс Т.Д., Настоящий В.И.*

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО

Кафедра стоматологии детского возраста

### **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ У ДЕТЕЙ**

Ранняя потеря временных (молочных) зубов является причиной нарушения роста и развития челюстных костей у ребенка, следовательно, способствует возникновению зубо-челюстных аномалий. Удаляются временные зубы по причине несвоевременного или не качественного лечения кариеса, который в короткие сроки осложняется воспалением пульпы. При этом на этапе воспаления пульпы врач может еще справиться с патологией. Если же допускается дальнейшее продвижение воспалительного процесса за пределы корня в периодонт, он считается не управляемым. Обычно при этом удаляется молочный зуб. И это считается наименьшим злом, так как известно, что при не леченном, или безуспешно леченном периодонтите возможны тяжелые осложнения, в том числе возникновение остеомиелита.

**Цель работы :** провести анализ эффективности существующих методов лечения пульпитов временных зубов у детей.

**Материалы и методы:** клинические наблюдения за результатами применения современных методов лечения пульпитов временных зубов, обзор публикаций в этой области.

Результаты. Изучение публикаций по вопросу методов лечения пульпитов временных зубов у детей, в том числе в учебниках и руководствах, свидетельствует о неоднозначном подходе разных авторов к одинаковым ситуациям. Во многих случаях используются традиционные методики, которые давно применяются во временных зубах. Это девитальные методы - как экстирпационный, так и ампутиационный. При этом дискуссия ведется вокруг препаратов, которые накладываются на культю ампутированной пульпы, после ее девитализации и ампутации. Широко используемый в недавнем прошлом резорцин- формалиновый метод подвергается критике из-за его токсичности для окружающих тканей.

В настоящее время, учитывая мнение о негативном действии формалинсодержащих мумифицирующих средств на периодонт, предлагаются средства для наложения на культю девитализированной пульпы, не содержащие формалина. К ним относятся «Creszopate», «Kresodent», «Tampofog». Технология их применения предусматривает наложение на культю пульпы после ее девитализации и ампутации тампона с раствором «Крезофена» на 2-3 дня под герметическую повязку. В третье посещение на устья корневых каналов накладывается паста «Крезопат».

С учетом особенностей патогенеза и диагностики пульпитов во временных зубах, именно – быстротечность острого воспаления, латентное течение хронических процессов, витальные методы лечения пульпитов во временных зубах практически не применялись. Считалось, что воспалительные процессы в пульпе временных зубов носят необратимый характер. К тому же существовало мнение о том, что пульпа временных зубов не способна регенерировать, особенно на этапе рассасывания корней. В то же время велико желание врача сохранить живой всю, или хотя бы корневую пульпу, что обеспечит физиологическую резорбцию корня, защитит периодонт от инфицирования.

В связи с этим особенно ценными являются сведения о методах витальной ампутации, которые все более широко используются при лечении пульпитов временных зубов. Особенно часто встречаются публикации о методе формокрезол-пульпотомии.

Нами проведена апробация метода формокрезол-пульпотомии у 34 детей 4-7 лет собственной модификации. Полученные результаты позволяют рекомендовать нашу методику к широкому применению в практике детских врачей - стоматологов.

**Чурилов А.В., Петренко С.А., Носкова О.В.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
кафедра акушерства и гинекологии,

отдел восстановления репродуктивной функции ИНВХ им. В. К. Гусака

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАТЕРМОЭКСЦИИ И РАДИОВОЛНОВОЙ ЭКСЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ**

Лечение рубцовых деформаций шейки матки в 95% только хирургическое. Высокочастотная эксцизия обладает явными преимуществами над низкочастотной, так как позволяет избежать многих осложнений и сокращает длительность заживления послеоперационной раны.

**Цель работы:** провести сравнительную характеристику высоко- и низкочастотного метода лечения рубцовых деформаций шейки матки.

**Материалы и методы исследования:** Исследовано 56 женщин в условиях ИНВХ им. В.К.Гусака и ЦГКБ №6, г. Донецка, разделенных на 2 группы - контрольную и исследуемую по 28 пациенток, сопоставимых по возрасту, анамнезу, клиническим показаниям к оперативному лечению. В контрольной группе применяли метод ДЭК – диатермоэксцизия (КГ-ДЭК) с помощью аппаратаФотекпо общепринятой методике, в исследуемой группе применяли метод РЭК – радиоволновая эксцизия (ИГ-РЭК), аппаратом «Сургитрон». Методы исследования – морфологические, клинико-инструментальные, биотехнологические, эндоскопические, цитологические и статистические. Исследование продолжали до полного отторжения струпа через день, до 3 месяцев - 1 раз в неделю, до года - 1 раз в месяц и в последующем - 2 раза в год.

**Результаты исследования:** В контрольной группе (КГ-ДЭК) выявленэктропион у 52%, эрозия у 40%, лейкоплакия у 20%, дисплазия у 8%,эндометриозу 8%, сочетание заболеваний у 32%. В исследуемой группе (ИГ-РЭК) выявленэктропиону 64%; эрозия у 48%; лейкоплакия у 20%; дисплазия у 12%; у 40% отмечено сочетание патологических процессов. Из пациенток контрольной группы16 ранее лечились по поводу эрозий, 8 – по поводу эндоцервицита и 2 – по поводу дисплазий. После диатермоэксцизии (контрольная группа) при кольпоскопии область коагуляции покрыта плотным белым струпом, с четкой границей неповрежденного эпителия. Струп начал отторгаться с 6-8 дня, к 21 дню отпал у 61,5% женщин, у остальных - к 28 дню. Полнаяэпителизация шейки матки к 77 дню. После радиоволновой эксцизии (исследуемая группа) при кольпоскопии операционная рана покрыта плотным сгустком крови, окружающие ткани отечны и гиперемированы. К 21 дню эпителизация операционной раны закончилась у 100% больных.

**Выводы:** использование РЭК при рубцовых деформациях шейки матки позволяет: снизить интра- и послеоперационные осложнения на 48%, улучшить репарационные процессы в послеоперационной ране на 50%, уменьшить длительность лечения на 39% и вдвое и уменьшить экономические затраты на лечение рубцовой деформации шейки матки на 14 дней.

**Шакович Ю. В., Пацкань И. И., Выставкина Т. Э.**

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

### **ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ФЕЛЬДШЕРОВ В ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО**

Проблема нехватки медицинских кадров среднего звена носит глобальный характер. Не случайно она находится в центре внимания различных органов управления здравоохранением во многих странах. Несмотря на различные меры поддержки со стороны руководства Донецкой Народной Республики в сфере здравоохранения наблюдается недостаток высококвалифицированных медицинских работников. Особенно остро стоит вопрос дефицита специалистов среднего звена, а именно фельдшеров.

Не секрет, что медицинское образование является наиболее востребованным при выборе профессии выпускниками школ. Ежегодно сотни абитуриентов стремятся поступить в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (далее – Университет), т.к. система обучения в вузе и профессионализм преподавателей обеспечивает подготовку специалистов высокого уровня. Поэтому привлечение молодёжи к получению среднего профессионального образования (далее – СПО) медицинской направленности именно в Университете может способствовать решению проблемы нехватки медицинских кадров среднего звена.

На Учёном совете Университета от 21 февраля 2018 г. было принято решение расширить горизонты образовательной деятельности нашего вуза, начав подготовку специалистов среднего звена – фельдшеров с усиленной военно-медицинской подготовкой. С этой целью в структуру Университета введено подразделение среднего профессионального образования – Медицинский колледж ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (далее – Колледж). В ходе приёмной кампании 2018 года на обучение в Колледж были зачислены 39 абитуриентов, которым посчастливилось стать первыми студентами, обучающимися в Университете по образовательным программам СПО.

Несмотря на то, что в Донецкой Народной Республике подготовку фельдшеров осуществляют ещё 4 медицинских колледжа, обучение в Университете по программам СПО имеет свои особенности:

Колледж, являясь структурным подразделением Университета, входит в единое образовательное пространство вуза, что предусматривает организацию учебного процесса в Колледже на основе локальных актов Университета;

обучение студентов Колледжа осуществляется на базах Университета его профессорско-преподавательским составом, что обеспечивает высокое качество подготовки специалистов среднего звена;

учебный план Колледжа адаптирован и максимально приближен к учебному плану Университета, что позволяет выпускникам Колледжа продолжить обучение в вузе на особых условиях;

студенты Колледжа имеют возможность пользоваться библиотечными фондами Университета, что способствует развитию научного мировоззрения и расширению профессионального кругозора;

студенты Колледжа имеют возможность осуществлять подготовку к занятиям посредством Информационно-образовательной среды Университета, что способствует скорейшей адаптации студентов к условиям обучения в вузе и повышению уровня подготовки к занятиям;

студенты Колледжа принимают активное участие в общественных, спортивных и других внеаудиторных мероприятиях, проводимых в Университете, тем самым имеют возможность почувствовать себя полноправными членами студенческого сообщества вуза.

Таким образом, подготовка фельдшеров в Колледже как структурном подразделении Университета имеет ряд преимуществ, благодаря которым через 4 года обучающиеся смогут получить квалификацию «Фельдшер» с усиленной военно-медицинской подготовкой, а организации здравоохранения Донецкой Народной Республики – высококвалифицированных специалистов среднего звена, подготовленных на базах Университета его профессорско-преподавательским составом.

**Шано В.П., Гуменюк И.В., Демчук О.В., Королёв А.А.**

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

### **ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ**

Опасность развития острого послеоперационного почечного повреждения определяли на всех этапах лечения больных при ангио, кардио и брюшнополостных операциях. Тяжесть острого послеоперационного повреждения почек диагностировали на основании шкалы RIFLE (2007), скорость клубочковой фильтрации определяли по формуле MDRD.

Относительный риск (ОР) развития ОППП определен на основании метода многомерной статистики, после установления корреляционной зависимости показателей почечной функции с предоперационными факторами риска и операционными условиями: с объёмом кровопотери, длительности операции, способом восполнения кровопотери, летальностью.

Установлено, что до операции ОР (ДИ 95%) развития ОППП: возраст более 60 лет в сочетании с сердечной недостаточностью 2а-б 4,0 (2,9-5,4); ХПН при СКФ 30 мл/мин и менее 8,8 (6,6-11,8); гипертоническая болезнь 2-3 ст. 16,1 (11,9-21,8); сахарный диабет 46,3 (34,2-62,6). При этом, сочетание трёх и более предоперационных факторов риска, значительно увеличивало относительный риск развития острого послеоперационного повреждения почек. А во время операции: длительность операции более 3,5 часа 4,3 (3,6-6,7), объём кровопотери III-IV класса 11,3 (8,7-14,5); длительность пережатия аорты более 2 ч 17,9 (14,6-25,4); гемотрансфузия более 11,2 мл/

кг 29,5 (26,2–31,8); неаппаратная реинфузия более 300 мл 46,3 (34,2–62,9); внутрисосудистый гемолиз более 0,5 г/л 82,6 (76,4–89,2).

Учитывая роль установленных факторов риска и внутриоперационных условий развития ОППДо операции целесообразно планировать метод обезболивания с обеспечением регионарного кровотока, а также резервировать аутоэритроциты и аутоплазму.

Во время операции – проводить наряду с регионарной блокадой профилактику реперфузионного синдрома.

После операции – обеспечить упреждающую детоксикацию – экстренный дискретный плазмаферез

**Шано В.П., Демчук О.В., Гуменюк И.В.**

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

### **ОСОБЕННОСТИ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ**

Острое послеоперационное почечное повреждение – ОППД – одна из актуальных проблем послеоперационного периода, так как частота этого осложнения составляет 50-52%, а летальность увеличивается в 7-10 раз в сравнении с пациентами без ОППД (Jandis, 2017; Хван М.А., 2013; Федичева Е.В. 2018 и др.).

Несмотря на применение заместительной почечной терапии, включая гемодиализ, летальность в послеоперационном периоде не имеет тенденции к снижению и составляет 57-80% после операций в кардиохирургии, травматологии, а также при перитоните и панкреонекрозе (Плотников Г.П., 2010; Смирнов А.К., 2018; Колесник А.О., 2009).

Это можно объяснить тем, что традиционная заместительная почечная терапия не отвечает требованиям профилактической детоксикации, не обеспечивает ренопротективный эффект, так как не устраняет «критическую» концентрацию патогномичных для этого вида почечного повреждения высокомолекулярных нефротоксических соединений: цитокинов, продуктов окислительного стресса и реперфузии; молекул клеточной и межклеточной адгезии, свободного гемоглобина, внутрисосудистого гемолиза и других.

В связи с этим разработаны клинические показания к проведению профилактической детоксикации – экстренному послеоперационному плазмаферезу: в течение 6 часов после операции выполняли дискретный плазмаферез объёмом 25 мл/кг при таких показателях: диурез < 300 мл, СКФ < 60 мл/мин, IR > 35, внутрисосудистый гемолиз > 0,3 г/л, креатинин > 30 мкмоль/л, BE < 3,5, pH < 7,3, ЛИИ > 10, мочевины плазмы > 9 ммоль/л. При следующих внутриоперационных условиях повреждения почек: длительность операции более 3,5 часа, искусственное кровообращение более 1 часа, пережатие аорты более 1 часа, кровопотеря III-IV класса ATLS, восполнение кровопотери донорскими эритроцитами и плазмой от 5 и более доноров, неаппаратная реинфузия более 300 мл, наличие клинических признаков реперфузионного синдрома.

**Шанько В. М., Мочалова И. С., Ступницкая Н. С., Перфильева М. Ю.**

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

### **ИЗМЕНЕНИЕ ИММУННОГО И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА СПОРТСМЕНОВ-ПЛОВЦОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК**

Иммунодефицитное состояние является основным фактором, способствующим развитию любого инфекционного заболевания. К причинам, вызывающим иммунодефицит, наряду с влиянием ионизирующего излучения, острой и хронической интоксикацией, иммуносупрессивной терапией, относят и физическое напряжение организма, которое в спорте является неотъемлемым следствием тренировочного процесса.

Отрицательное влияние физических нагрузок на иммунный и метаболический статус спортсменов, занимающихся как циклическими, так и ациклическими видами спорта, отмечено рядом исследователей (С. Н. Вовк, 2001; Н. К. Казимирко, В. П. Ляпин, 2003; С. И. Ступченко, 2008; В. В. Андреева, 2009). Однако у спортсменов-пловцов этот статус изучен недостаточно.

Целью нашей работы явилось изучение влияния физической нагрузки различной интенсивности на функциональный и метаболический статус моноцитов и нейтрофилов периферической крови спортсменов-пловцов, состояние процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), ферментной системы антиоксидантной защиты (АОЗ).

Нами установлено, что физические нагрузки, испытываемые спортсменами в процессе тренировок, приводят к снижению фагоцитарной и бактерицидной активности моноцитов и нейтрофилов периферической крови, которое усугубляется при возрастании интенсивности физических нагрузок от порогового до пикового уровня.

Наибольшие нарушения наблюдались при пиковых нагрузках, наименьшие – при нагрузках порогового уровня. Так, снижалась спонтанная и индуцированная секреторная активность моноцитов и нейтрофилов: уменьшалась секреция моноцитами интерлейкинов (ИЛ) – ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ИЛ-8, фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ),  $\alpha$ -интерферона ( $\alpha$ -ИФН); нейтрофилами – ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  и  $\alpha$ -ИФН. Физические нагрузки приводили к дисбалансу в системе ПОЛ / АОЗ: увеличивались внутриклеточные концентрации метаболитов ПОЛ, снижалась активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), причём этот дисбаланс особенно возрастал при нагрузках пикового уровня.

Наблюдался также дисбаланс в системе циклических нуклеотидов за счёт преобладающего накопления

цАМФ, снижения АТФ и увеличения АДФ и АМФ, снижения энергетического заряда (ЭЗ) моноцитов и нейтрофилов.

Таким образом, выраженность отрицательного влияния физических нагрузок на иммунный и метаболический статус моноцитов и нейтрофилов периферической крови спортсменов-пловцов прямо зависит от их интенсивности.

**Шапалов И.Н.<sup>1</sup>, Иваненко А.А.<sup>1</sup>, Яроцк С.В.<sup>1</sup>, Веселый В.Я.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Институт Неотложной и Восстановительной Хирургии им.В.К.Гусака

### **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ.**

**Цель:**

Целью нашей работы является улучшение диагностики и лечения острой мезентериальной ишемии (ОМИ) путем использования современных методов ранней диагностики и применения современных методов лечения.

**Материалы:**

В «ИНВХ им.В.К. Гусака» г. Донецка с 1993г. по 2018г. с острой мезентериальной ишемией находилось на лечении 162 пациента. Из них с окклюзионной острой мезентериальной ишемией (ООМИ) было 112 больных, с неокклюзионной острой мезентериальной ишемией (НОМИ) - 50 больных. Мужчин было 112 (69%), женщин – 50 (31%). Средний возраст пациентов - 66,8 лет (возрастной диапазон 28 - 91 год).

**Методы:**

Диагноз острой мезентериальной ишемии верифицирован на основании данных обследования: дуплексного сканирования висцеральных артерий, селективной ангиографии, операционных находок и секционного материала.

При установлении точного диагноза больным проведены оперативные пособия: резекции кишечника, резекции кишечника с восстановлением кровотока, стентирование верхней брыжеечной артерии, ангиопластика ВБА, эмболэктомия из ВБА, тромбэктомия из аорты, селективная пролонгированная ангиография, консервативная терапия.

**Результаты:**

Из 162 человек умерло 119 больных, общая летальность 73,5%. Оперировано по поводу ОМИ - 104 пациента (64,2%), не оперировано 58 пациентов (ряд из них ввиду крайней тяжести стадии заболевания). Из оперированных 104 больных, из них выписано 32 (30,8%), умерло 72, летальность 69,2%. Из 104 прооперированных пациентов: 39 больным были выполнены резекции кишечника (37,5%), резекции кишечника с восстановлением кровотока – 3 пациента (2,88%), восстановление кровотока (стентирование верхней брыжеечной артерии (ВБА), ангиопластика ВБА, эмболэктомия из ВБА, тромбэктомия из аорты) – 11 пациентам (10,57%), диагностическая лапароскопия (в том числе и динамическая) выполнялась 25 пациентам (24%), лапаротомия – 16 пациентам (15,38%). Селективная пролонгированная ангиография была произведена 14 пациентам (8,64% от всего числа пациентов). Всего операций по восстановлению кровотока выполнено 14 больным, умерло 5, выписано 9 больных. Консервативная терапия проведена у 22 больных, выписано 11(50%).

**Выводы:**

Для снижения высокой летальности пациентов с ОМИ решающее значение имеет ранняя диагностика данной патологии. Высокоинформативными методами диагностики ОМИ являются: УЗДГ висцеральных артерий и ангиография в ургентном порядке, лапароскопия. Лечение ОМИ должно осуществляться в сотрудничестве общими, сосудистыми и эндоваскулярными хирургами. Восстановление кровотока по брыжеечным сосудам, как с применением эндоваскулярной технологии, так и выполнение тромбэмболэктомии при открытом вмешательстве в ряде случаев позволяет избежать либо уменьшить объем резецируемого кишечника.

**Шаталов А.Д., Хацко В.В., Войтюк В.Н., Макаров В.Ю., Пархоменко А.В.**

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

### **ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИДАТИДОЗНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ**

Гидатидозный эхинококкоз печени (ГЭП) остаётся актуальной проблемой из-за увеличения количества больных в эндемических очагах и усиления процессов миграции населения. Осложнённое течение заболевания наблюдается в 22-64% случаев. Применяют как консервативные, так и радикальные операции. Ведутся дискуссии по поводу пункционных аспираций паразитарной кисты под контролем ультразвукового исследования (УЗИ).

**Цель работы** – оценить эффективность применения лапароскопических, пункционно-аспирационных и лапаротомных операций у больных с ГЭП.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты оперативных вмешательств, выполнены у 106 больных с ГЭП в клинике им. К.Т. Овнатаяна в течение 1985-2017 гг. среди пациентов было 70 (66,2%) женщин и 36 (33,8%) мужчин в возрасте 20-74 лет. Длительность анамнеза заболевания с момента возникновения жалоб составляла 5-32 мес. Проведены (в разных сочетаниях) методы исследования: клинично-лабораторные с реакцией непрямой гемагглютинации (РНГА) и иммуноферментным анализом (ИФА), рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Больных разделили на 2 группы: в 1 – ю (основную) воли 65 (61,2%) чел., у которых использованы усовершенствованные способы диагностики (2) и малоинвазивного оперативного лечения (5); 2-ю группу (контрольную) составили 41 (38,8%) чел., где применены традиционные способы диагностики и лапаротомные операции. Статистическую обработку осуществляли с помощью пакета «Statistica 6.0» (уровень  $p < 0,05$ ).

**Результаты и обсуждение.** Солитарный ГЭП выявлен в 94 (89,3%) случаях, множественный – в 12 (10,7%). Правая доля печени была поражена у 79 (74,5%) чел., левая – у 20 (18,5%), обе доли – у 7 (6,6%). Диаметр кист составлял от 3 до 23 см. Осложнённый ГЭП был у 28 (26,7%) пациентов. Цистобилиарные свищи выявлены с помощью 2 разработанных способов у 20 (19,2%) больных. В клинике применены в 1-й группе больных модифицированных способа диагностики (патенты UAN<sup>o</sup>123167 и N<sup>o</sup>123168 от 12.02.2018 г.) и 5 способов операций (патенты UAN<sup>o</sup>81922 от 10.07.2013 г., N<sup>o</sup>82354 от 25.07.2013 г., N<sup>o</sup>86324 от 25.12.2013 г., N<sup>o</sup>1236085 и N<sup>o</sup>123086 от 12.02.2018 г.). В 1-й группе пациентов использовали модифицированные лапароскопические (56 чел. – 52,8%) и пункционно-дренажные (9 чел. – 8,4%) вмешательства. Во 2-й группе (n=41) ранние послеоперационные осложнения возникли у 10 (5,4%) больных умер 1 (2,4%) от полиорганной недостаточности. После 56 лапароскопических модифицированных операций осложнения были у 5 (8,5%), после 9 пункционно-дренажных – у 3-х (33,3%) без летальных исходов. За последние 3 года число осложнений снижено в 1-й группе – на 3,4%, во 2-й – на 3,1% (95% ДИ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Для диагностики ГЭП следует применять УЗИ, иммуноферментные тесты, в сложных случаях – КТ, МРТ, 2 предложенных нами способа. При выборе способа лечения предпочтение следует отдавать модифицированной лапароскопической перикистэктомии или резекции печени, после которых частота осложнений минимальная.

*Шаталов А.Д., Шаталов С.А., Крупка А.А., Пархоменко А.В., Жуков А.С.*

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

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

С каждым годом увеличивается число операций на жёлчном пузыре, протоках и печени, что сопровождается увеличением ятрогенных повреждений внепечёночных жёлчных протоков (ВЖП). Такие осложнения возникают в 0,3-1,7% при открытой холецистэктомии (ХЭ), в 0,3-3,2% – при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), в 0,4-9,2% – при резекции желудка. Диагностика и лечение рубцовых стриктур ВЖП не теряют своей актуальности, а их способы постоянно совершенствуются.

**Цель работы** – модифицировать алгоритм хирургической тактики и лечения при ятрогенных повреждениях и рубцовых стриктурах ВЖП для снижения числа осложнений и летальности.

**Материал и методы.** Проанализированы результат диагностики и оперативного лечения (за последние 18 лет) 340 пациентов с ятрогенными повреждениями ВЖП, полученным преимущественно в других больницах. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна эти больные оперированы повторно. Среди них было 248 (72,9%) женщин и 92 (27,1%) мужчины в возрасте от 20 до 79 лет. Плановая холецистэктомия ранее выполнена у 242 (71,2%) чел., срочная – у 98 (28,8%). Характер и локализация ранений жёлчных протоков были следующими: полное пересечение гепатикохоледоха – 113 (33,3%), прошивание протока лигатурой или пристеночное ранение общего печёночного протока (ОПП) – 107 (31,5%), полная перевязка ОПП – 58 (17,0%), пересечение и перевязка печёночного протока в области бифуркации – 50 (14,7%), иссечение части ОПП – 12 (3,5%).

В разных сочетаниях применялись методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), фистулохолангиография, эндоскопическая ретроградная панкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХГ), интраоперационная холангиография.

**Результаты и обсуждение.** Выбор способа операции при ятрогенных повреждениях и рубцовых стриктурах ВЖП определяется как локализацией, протяженностью и состоянием протоков проксимальнее и дистальнее стриктуры. Наложение билиобилиарного анастомоза было выполнено к 32 чел., при диастазе между концами пересеченного жёлчного протока менее 3 см. При диастазе более 3 см и выраженном рубцовом процессе с 1985 по 2010 годы гепатикодуодено – или гепатикоеюностомию с каркасным дренированием по Прадери-Смитту (у 109 чел.) или по Сейполу-Куриану (у 91 чел.). При проведении дренажа через паренхиму печени использовали специально разработанный нами набор проводников. Беспроводниковая смена чреспечёночного дренажа проводилась через каждые 3-4 месяца. Однако после таких операций различные осложнения наблюдали у 27 (13,5%) больных, умерли 14 (7,2%) чел. Хороший результат показал модифицированный «Способ формирования билиодигестивного анастомоза при повреждении общего жёлчного протока (патент UA N<sup>o</sup>18169 от 01.07.1997 г.). С 2011 года по настоящее время иссекали рубцовые ткани (у 108 чел.) и накладывали гепатикоеюностомию, с правым или левым печёночным протоком атравматичной иглой, с частичным рассечением паренхимы печени, без каркасного дренирования. После этих операций осложнений было 7 (6,4%), умерли 2 (1,8%) чел.

**Заключение.** Таким образом, дифференцированный выбор оптимальной лечебно-диагностической тактики при ятрогенных повреждениях и рубцовых стриктурах ВЖП, с наложением высокого билиодигестивного анастомоза атравматичной иглой, без каркасного дренирования, способствовал снижению послеоперационных осложнений на 6,3% и летальности – на 5,4% (95% ДИ,  $p < 0,05$ ).

*Швиренко И.Р., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Поважная Е.С., Терещенко И.В.*

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины

## **ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

В современной парадигме медицинского образования на первый план выходит не столько оценка усвоенных знаний и умений, а уровень развития профессиональных качеств, реализация которых возможна только в системе практико-ориентированного образования, основанного на компетентностном подходе (КП). Важной задачей реализации КП в медицинском образовании является внедрение современных технологий повышения качества обучения как при обучении студентов, так и при подготовке врачей при первичной специализации, повышении квалификации, тематическом усовершенствовании. Среди них особое внимание необходимо уделять выстраиванию последовательности формирования профессиональных компетенций с приближением технологии обучения к практической деятельности. В качестве инновационных образовательных технологий в настоящее время успешно используют зарекомендовавшие себя «кейс-метод», «деловые игры», симуляционный тренинг, которые в медицинской практике и образовании на сегодняшний день являются одним из наиболее востребованных и активно развивающихся направлений.

Применение кейс-метода при изучении медицинской реабилитации (МР) в виде «кейс-ситуация», «кейс-случай» и др. дает возможность объединить теоретическую подготовку и практические навыки по МР. При этом, обучающиеся совместными усилиями анализируют клиническую ситуацию, что позволяет им выработать клиническое решение, завершением которого является оценка предложенных методов лечения и МР, выбор лучшего из них. Вместе с тем отмечаются «узкие места» применения метода, особенно при его использовании в дистанционных формах обучения, в частности, связанные как с техническими возможностями (наличие доступа в интернет, оборудования и программ), так и с организацией его использования (качество и полнота предоставления материала).

Тренировочная деловая игра – является средством и методом подготовки и адаптации к медицинской деятельности, методом активного обучения, который способствует достижению конкретных задач. Ее конструктивными элементами является проектирование реальности, с которой может столкнуться обучающийся в своей врачебной деятельности. Примером такой деловой игры на занятиях по МР можно считать клинический разбор тематического больного моделирующий клинический прием (консультацию) больного. Для этих целей в соответствии с учебным планом используется специально разработанный набор сценариев клинических ситуаций основанных на реальных клинических примерах действий врачей, работающих в области МР (врача общей практики, физиотерапевта, врач лечебной физкультуры) при лечении и реабилитации больных на различных этапах оказания реабилитационной помощи (госпитальном, амбулаторном, курортном).

Симуляционный тренинг (СТ) в медицине – обязательный компонент в профессиональной подготовке врача, использующий модель профессиональной деятельности с целью предоставления возможности каждому обучающемуся выполнить деятельность в соответствии с профессиональными стандартами медицинской помощи. Интеграция СТ в действующую систему профессионального образования необходима как обязательное условие активизации познавательной деятельности, формирования умений и отработки навыка, снятию/предупреждению психологических и технических проблем при работе с медицинскими устройствами и т.д. Однако, внедрение СТ в практику подготовки по МР затруднено из-за практического отсутствия таких тренажеров, что требует создания интерактивных моделей визуального уровня реалистичности (электронные учебники, диагностические и лечебные алгоритмы, обучающие компьютерных игр и др.).

Таким образом, внедрение в учебный процесс по МР различных образовательных интерактивных технологий способствует повышению качества обучения и тренировки профессиональных компетенций необходимых для практической деятельности.

*Швиренко И.Р., Пеклун И.В., Поважная Е.С., Томачинская Л.П., Лыкова Л.А.*

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЧАСТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ**

Учебная деловая игра – это моделирование реальной деятельности в специально созданной учебной ситуации. Она адаптирует к будущей медицинской деятельности, способствует достижению конкретных задач. Ее конструктивными элементами является проектирование реальности, с которой может столкнуться студент-медик в своей врачебной деятельности.

Использование деловых игр в изучении методов медицинской реабилитации позволяет максимально приблизить учебный процесс к реальной медицинской практике. Студенты учатся принимать решения в условиях спорных ситуаций, отстаивать свои действия. Учащиеся сталкиваются со спорными ситуациями, которые дают ему возможность выбрать правильную тактику лечения и отстоять свою точку зрения.

В этой связи задача преподавателя – не только имитировать реальные условия профессиональной медицинской деятельности в обучении, но и обеспечить возможности для воссоздания спорных ситуаций, с которыми студент может столкнуться в будущей профессиональной деятельности.

Деловые игры широко используются на практических занятиях кафедры медицинской реабилитации, ЛФК. Проблемное содержание может быть представлено в виде врачебных ситуаций или задач, которые могут

содержать неполные, заведомо ошибочные, противоречивые данные. Примером деловой игры, ежедневно используемой на кафедре можно считать клинический разбор тематического больного. Самостоятельная курация больного каждым студентом завершается обсуждением в группе. Преподаватель постепенно дополняет информацию из истории болезни, направляя студентов к выбору правильных схем реабилитации.

Студентами, под руководством преподавателя, изучается история болезни (жалобы, анамнез, осмотры специалистов, данные обследования) и после этого при отсутствии противопоказаний, в зависимости от стадии заболевания разрабатывается план назначения реабилитационных факторов, основанного на постановке реабилитационного диагноза.

Выделение в клиническом течении заболевания ведущего физиопатогенетического синдрома, как основы реабилитационного диагноза, позволяет разработать план применения реабилитационных факторов на разных этапах оказания медицинской помощи, направленный на поддержание функций организма при остром заболевании (обострении хронического заболевания), а также на раннюю диагностику, предупреждение, и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени утраты трудоспособности, улучшение качества жизни пациента и повышение его социальной интеграции в общество.

Таким образом, использование подобной игровой формы в образовательном процессе способствует накоплению профессиональных умений и навыков по медицинской реабилитации, что позволяет будущим врачам легче адаптироваться в реальной профессиональной деятельности.

*Швиренко И.Р., Терещенко И.В., Поважная Е.С., Зубенко И.В.,  
Пеклун И.В., Мирошниченко Н.Д.*

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины

### **ВОЗМОЖНОСТИ И ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ТРЕНАЖЕРОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ**

Запрос общества на улучшении качества и доступности медицинской помощи (МП) требует подготовки компетентного врача, способного применить свои знания, умения и навыки в нестандартной профессиональной ситуации. Основной акцент в современных образовательных технологиях сделан на разработке и внедрении новых форм самостоятельной работы по принципу «обучение через исследование», способствующей активации познавательной деятельности, что способствует формированию компетентного специалиста, способного применить свои знания, умения и навыки в нестандартной профессиональной ситуации. Владение и свободное применение в различных ситуациях навыков и умений требует этапного их изучения, освоения и тренировки на основе программы достижения необходимой компетенции и условий ее реализации (клинических, технико-технологических, методических, организационных и др.)

Главное место в подготовке специалистов должно отводиться тренировке навыков и умений на основе симуляционного обучения (СО), эффективность и безопасность которой является общепризнанной альтернативой обучению на больных, в связи с усложнением медицинской техники, повышением сложности медицинских манипуляций, снижением риска для пациента и врача и др. Считается, что СО является краеугольным камнем в предоставлении качественного медицинского образования и должно занять проактивную позицию в разработке учебной программы подготовки медицинских кадров, оценки качества учебной подготовки и квалификации специалистов. Различные формы СО («тренажеры»: интерактивные учебные пособия, обучающие компьютерные игры, анатомические муляжи, фантомы, манекены и т.д.) могут быть использованы во время клинической подготовки студентов в ВУЗе, при реализации программ подготовки, переподготовки и повышения квалификации врачей, а также должны стать обязательным разделом итоговой аттестации.

Стратегия применения тренажеров при подготовке специалистов должна быть основана на разработке «технологической цепочки формирования компетенции» с распределением ее элементов по вертикали обучения (от студенческих кафедр 1-6 курса до кафедр последипломного этапа обучения), адресном уровне подходе (кафедры, симуляционный центр ВУЗа, вневузовский (республиканский) симуляционный центр), разработке тренажеров, адаптированных для решения частичных, промежуточных и окончательных задач в цепочке формирования профессиональных компетенций, обучению и переподготовке специалистов симуляционного обучения и др.

В медицинской реабилитации, с учетом особенностей ее применения у больных и инвалидов, основная цель СО – научить специалиста работать как головой, так и руками, давая ему возможность производить конкретные действия, связанные с техникой работы на медицинской реабилитационной аппаратуре (согласно ее перечню на этапах оказания МП) в условиях, максимально приближенных к тем, в которых обычно работает специалист. К этим же особенностям можно отнести и практическую отработку отдельных методик и алгоритмов, направленных на установление реабилитационного диагноза, правильность и последовательность выполнения отдельных реабилитационных методик, умения работать в составе реабилитационной бригады и т.д.

Практическое отсутствие доступных реабилитационных тренажеров обуславливает необходимость их разработки, особенно таких как интерактивные электронные учебники, диагностические и реабилитационные алгоритмы, карты ориентировочных основ действий, обучающие компьютерные игры и др. (в т.ч. на основе аудио- и видеоматериала), которые являются наиболее доступными с точки зрения технической реализации и стоимости затрат на их создание/приобретение.

*Шевченко Татьяна Ивановна, Швороб Данил Сергеевич*

ГОО ВПО Донецкий национальный университет им. М.Горького, кафедра патологической анатомии

### **ВОЗМОЖНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

**Цель исследования:** Установить закономерности влияния клинико-морфологических и молекулярных факторов на метастатический потенциал колоректального рака путем комплексного анализа структуры опухоли и данных иммуногистохимии.

**Материалы и методы:** Работа основана на аналитическом обзоре 30 источников актуальной зарубежной и отечественной литературы.

**Результаты:** Карцинома толстой или прямой кишки входит в тройку наиболее распространенных опухолевых заболеваний человека. Ежегодно во всем мире от колоректального рака умирает около 700 000 человек, а непосредственной ведущей причиной смерти является метастатическая болезнь. В России у каждого пятого больного при первичном обращении имеются метастазы, оказывающие большое влияние на статистику 5-летней выживаемости, поэтому поиск новых способов их прогнозирования при данном заболевании, несомненно, актуален. В данной работе критерии прогноза метастазирования разделены на две большие группы – это морфологические критерии и иммуногистохимические. В морфологические критерии прогноза вошли такие значимые показатели, как локализация первичной опухоли, форма роста опухоли, степень дифференцировки и глубина инвазии в стенку кишки, наличие такого феномена, как «почкование опухоли». Также имеет значение количество пораженных лимфатических узлов и наличие изолированных клеток опухоли в них. Одним из важнейших морфологических факторов считается латеральный край резекции. С помощью иммуногистохимии выявлено множество опухолевых маркеров, экспрессируемых колоректальным раком. В обзоре литературы проанализированы некоторые из них. Известно, что одни напрямую влияют на процессы метастазирования – это E-кадгерин, металлопротеиназы 2,9 и активаторы плазминогена, молекулы адгезии CD 44, nm23, ламинины, c-erbB2, eIF4E. Такие маркеры как p53, Ki-67, Vcl-2 напрямую не связаны с механизмами метастазирования, однако обуславливают опухолевую прогрессию и, как следствие, приобретение опухолевыми клетками способности к метастазированию. Стоит заметить, что на 2017 год проверенными и используемыми маркерами прогнозирования являются следующие: предоперационный уровень раково-эмбрионального антигена, уровень белков системы репарации ошибок репликации или микросателлитная нестабильность (MMR), а также наличие мутации в белках RAS и BRAF.

**Вывод:** На данный момент предложено множество маркеров для прогнозирования опухолевой прогрессии, но, по мнению Союза по международному контролю над раковыми заболеваниями, большинство из них не могут рассматриваться в качестве достоверных. Причина в том, что до сих пор независимое влияние каждого фактора в отдельности на прогноз колоректального рака не доказано; имеется множество небольших исследований, статистическая достоверность которых остается под вопросом; данные разных исследований бывают противоречивыми при изучении одних и тех же маркеров. Решение представляется в увеличении количества исследований с использованием подробно охарактеризованных групп пациентов, стандартизованных методик и реагентов, а также многомерного анализа для создания математической модели прогнозирования метастатического потенциала опухоли.

*Шевченко В.С., Прилуцкий А.С.*

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

### **ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ TNF-А ВО ВЛАГЕ ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ ГЛАЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА.**

При сахарном диабете страдают в той или иной степени все структуры глаза. Поэтому глазные проявления сахарного диабета очень разнообразны. По данным литературы, у больных, страдающих сахарным диабетом, чаще диагностируется глаукома, быстрее мутнеет хрусталик, но наиболее тяжелое проявление сахарного диабета 2 типа, ведущее к слепоте – диабетическая ретинопатия.

Фактор некроза опухоли (TNF- $\alpha$ ) является цитокином, продуцирующимся макрофагами и другими клетками иммунной системы человека. В крови здорового человека он находится в минимальных количествах и резко возрастает при воспалении, аутоиммунных процессах. Следует отметить, что фактор некроза опухоли влияет и на регуляцию иммунного ответа. Имеются лишь отдельные научные работы свидетельствующие об изменении концентрации фактора некроза опухоли альфа в крови при сахарном диабете.

При этом, исследования изменения уровня TNF- $\alpha$  у больных с сахарным диабетом во влаге передней камеры глаза практически отсутствуют. В связи с этим, целью работы явилось изучение фактора некроза опухоли во влаге передней камеры глаза у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Нами были обследованы пациенты перед оперативным удалением катаракты. Все больные были разделены на две группы. Первая группа включала в себя пациентов с осложненной катарактой и подтвержденным диагнозом сахарного диабета 2 типа. Больные с глаукомой, псевдоэксфолиативным синдромом, ранее перенесенным увеитом из исследования были исключены. У всех больных с сахарным диабетом перед операцией имелась компенсация процесса. Возраст больных колебался от 56 до 72 лет ( $63 \pm 7,5$ ). В качестве контрольной группы использовалась влага передней камеры у больных со старческой катарактой, не страдающих сахарным диабетом (уровень глюкозы в крови натощак не превышал 4,9 ммоль/л). Предоперационное обследование боль-

ных включало общеклинические и офтальмологические обследования: общий анализ крови, анализ мочи, анализ крови на сахар, определение протромбинового индекса, реакцию Вассермана. Пациент осматривался ЛОР-врачом, стоматологом, терапевтом, гинекологом (для женщин), эндокринологом. Проводилась визометрия, периметрия, биомикроскопия, сонография глазных яблок, кератометрия, тонометрия. Внутрикамерная жидкость для исследования фактора некроза опухоли забиралась при вскрытии передней камеры во время плановой операции по поводу катаракты.

Исследование фактора некроза опухоли проводилось с помощью иммуноферментных тест-систем, разработанных на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького». Данные системы были зарегистрированы и производятся в течение более 10 лет. Их характеризует высокая чувствительность (0,5 пикограмм в миллилитре). Кроме того, в процессе разработок установлена низкая вариабельность данных систем, которая не превышает 5%. Результаты исследований с использованием вышеуказанных диагностических реактивов можно получить в течение 4 часов. Для проведения анализов в дублях требуется только 200 мкл сыворотки или плазмы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью лицензионной программы «MedStat» (г. Донецк).

В результате проведенного обследования установлено достоверное повышение уровня фактора некроза опухоли во влаге передней камеры глаза у больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа, в сравнении с уровнем вышеуказанного показателя у пациентов имеющих старческую катаракту и не страдающих сахарным диабетом аналогичного возраста.

*Шраменко Е.К., Логвиненко Л.В., Тюменцева С.Г., Кабанько Т.П., Снегина М.Н., Агафонов Ю.Н.*

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

### **О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК**

Лечение острого повреждения почек (ОПП) – актуальная клиническая проблема, учитывая полиэтиологичность, ежегодно возрастающую частоту и летальность более 50%. Ранняя диагностика и индивидуальный подход к интенсивной терапии – пути улучшения результатов лечения этих пациентов.

Клиника располагает 55-летним опытом лечения больных с ОПП при самой различной патологии. За последние пять лет наблюдалось 450 пациентов с ОПП, из них у 99 (22%) ОПП развилось на фоне хронической болезни почек (ХБП) и хронической почечной недостаточности (ХПН). У 193 (42,9%) была тяжелая форма, которая у 82 (42,5%) потребовала заместительной почечной терапии. Доминировала преренальная форма - 309 (68,7%) пациентов; у 92 (20,4%) отмечалась ренальная форма; у 49 (10,9%) – субренальная форма. Количество гемодиализов варьировало от 5 до 17 (в среднем 8,5). Под нефропротекцией понимали комплекс индивидуальных медикаментозных и немедикаментозных лечебных мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования ОПП и профилактику полиорганного осложнения, проводимый с учетом выявленной причины ОПП. Учитывая, что прижизненно невозможно точно указать глубину и распространенность повреждения канальцев почек и других структур нефрона, комплекс нефропротективных мероприятий проводили на всех стадиях ОПП с целью предотвращения развития или прогрессирования тяжелого ОПП. Соблюдался **общий принцип нефропротекции**: исключение введения нефротоксичных препаратов. Обязательным считали проведение проб для подбора доз и оценки эффективности препаратов, например, мочегонных (фуросемид, торасемид, ксипамид); препаратов улучшающих почечный кровоток (пентоксифиллин, дипиридамол, допамин, ксантинола никотинат, эуфиллин).

Использовали комплекс мероприятий: **медикаментозных** (допамин, ацетилцистеин, сода-буфер, торасемид, ксипамид, гепарин, актилизе, варфарин, клопидогрель, октаплекс и т.д.); и **немедикаментозных** (скорейшее восстановление пассажа мочи: стентирование, нефростомия, удаление камней, опухолей и др.; инструментальное улучшение системного кровотока: контрапульсация при кардиогенном шоке, пункция перикарда при тампонаде и тяжелом экссудативном перикардите, стентирование и баллонизация почечной артерии при тромбозе или стенозе и др.; раннее устранение или дренирование очага интоксикации). Интенсивную терапию назначали в зависимости от варианта ОПП, данных доплерографии почек и лабораторных показателей, включая биомаркер ОПП s-NGAL. Для оценки эффективности проводимой нефропротекции использовали многофакторный анализ с построением математических моделей.

Таким образом, нефропротекция предусматривала: устранение причины ОПП; поддержание нормоволемии и эффективного сердечного выброса; улучшение почечного кровотока и стимуляцию диуреза; поддержание адекватной вентиляции легких (коррекция гипоксии, своевременное проведение ИВЛ); коррекцию гипертензии и гипотензии, клинически значимой аритмии; остановку кровотечения и коррекцию анемии; целенаправленную антибактериальную терапию; удаление или адекватное дренирование очага интоксикации (гнойного очага); использование альтернативных путей детоксикации и выполнение эфферентных методов.

На основании многофакторного анализа доказано, что проведение нефропротекции у больных с ОПП позволяет снизить летальность и укоротить длительность стадии олигоанурии.

*Шурик А.С., Платонова Е.О., Демьяненко Е.В.*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

### **ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ СТЕЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ**

**Введение.** Почки крайне чувствительны к действиям различных факторов, но в то же время являются ключевыми элементами системы адаптации. В связи с этим актуально изучение функциональной активности почек при остром иммобилизационном стрессе для оценки адаптивных возможностей организма. В настоящее время для лечения различных состояний успешно реализуется идея клеточной терапии с использованием мезенхимальных стволовых клеток (МСК). Однако практически отсутствуют литературные данные о влиянии МСК на функциональную активность почечной ткани при иммобилизационном стрессе.

**Цель исследования.** Изучить влияние МСК на показатели функциональной активности почечной ткани крыс – суточный диурез, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), клубочковую реабсорбцию (КР), - после 24-часового иммобилизационного стресса.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 195 самцах крыс-альбиносов массой 200 – 250 грамм. Культуру МСК получали культивированием клеток костного мозга в течение 14 суток в питательной среде ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками в условиях CO<sub>2</sub>-инкубатора. Острый стресс моделировали 24 часовой иммобилизацией крыс в индивидуальных стеклянных камерах. Животных разделили на группы: интактную, контрольную (крыс иммобилизовали в течение 24 часов), экспериментальную (после 24-часовой иммобилизации крысам вводили по 5 млн МСК в латеральную вену хвоста). Для сбора суточного количества мочи животных помещали в обменные клетки на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 суток наблюдения. Стандартными методами в моче определяли концентрацию креатинина. Рассчитывали СКФ и КР. Результаты обрабатывали программой «Statistica 10.0» и оценивали по критерию Манна-Уитни. Результаты считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что функциональная активность почек меняется после 24-часовой иммобилизации. Так суточный диурез увеличился на 1 и 3 сутки как в контрольной (на 23,94% и 35,21%,  $p < 0,001$ ), так и в экспериментальной (на 18,31% и 32,39%,  $p < 0,001$ ) группах. У контрольных крыс суточный диурез увеличился на 7-е сутки на 28,17%, на 14-е – на 19,72% ( $p < 0,001$ ). У крыс, получавших МСК, он был ниже контрольных значений на 7 сутки на 12,09%, на 14 сутки – на 12,94% ( $p < 0,001$ ). С 14 суток у экспериментальных животных показатели суточного диуреза статистически не отличались от интактных значений. Что касается СКФ и КР, то у контрольных животных эти показатели снизились по сравнению с интактными на 1 сутки исследования на 26,315% ( $p < 0,001$ ) и 2,65% ( $p < 0,001$ ) соответственно, на 3-и сутки – на 37,6% и 4,56% ( $p < 0,001$ ), на 7-е сутки – на 26,315% и 2,74% ( $p < 0,001$ ), на 14-е сутки – на 13,53% и 1,51% ( $p < 0,001$ ). На 21 и 30 сутки наблюдения показатели СКФ и КР у контрольных животных статистически не отличались от интактных значений. У животных экспериментальной группы показатели скорости клубочковой фильтрации превышали контрольные значения на 7-е сутки на 12,245% ( $p < 0,01$ ), на 14-е сутки – на 9,57% ( $p < 0,01$ ). Значения канальцевой реабсорбции у крыс, леченных МСК, на 7-е сутки повысился на 1,52% ( $p < 0,01$ ), а на 14-е – на 1,28% ( $p < 0,01$ ) по сравнению с контрольными значениями. С 21 суток значения СКФ и КР у контрольных и экспериментальных животных статистически не отличались.

**Выводы.** Установлено, что 24-часовая иммобилизация приводит к изменению функциональной активности почек – увеличению диуреза, снижению скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции. Применение аллогенных МСК при острой иммобилизации способствовало более быстрому восстановлению значений функциональных показателей до интактных цифр у крыс экспериментальной группы по сравнению с контролем.

*Якимович С. Е., Шаповалова В. К.*

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

### **ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

**Введение.** Проблемы хронических патологических состояний гепатобилиарной системы в настоящее время привлекают внимание сферу практического здравоохранения. Примером типичной сочетанной патологии является поражение печени и наличие воспалительного процесса в желчном пузыре в виде хронического некалькулезного холецистита (ХНХ). В патогенезе данной коморбидной патологии существенную роль играет система антиоксидантной защиты; существенную роль в поддержании антиоксидантного потенциала организма играют ретинол, аскорбиновая кислота и токоферол.

**Цель исследования:** оценить содержание витаминов с антиоксидантными свойствами в крови больных ХВГВ на фоне ХНХ.

**Методика исследования.** Под наблюдением находилось 65 больных ХВГВ низкой или средней степени активности на фоне ХНХ, в фазе умеренного обострения. Кроме проведения общепринятого клинико-биохимического исследования, у всех обследованных больных определяли концентрацию в крови витаминов с антиоксидантными свойствами – ретинола (витамина А), аскорбиновой кислоты (витамина С) и токоферола (витамина Е). Содержание ретинола определяли путем щелочного гидролиза и экстракции ретинола из сыво-

ротки крови при помощи малолетучих растворителей и последующим спектрофотометрическим измерением; содержание аскорбиновой кислоты – методом Тильманса и с помощью 2,4-динитрофенилгидразина. Концентрацию токоферола оценивали по степени гемолиза эритроцитов (модификация Фридемана).

Результаты исследования и их обсуждение. В среднем концентрация ретинола у обследованных больных до начала проведения лечебных мероприятий снижалась до  $13,55 \pm 1,4$  мкг/мл, что было ниже нормы в 1,5 раз; содержание аскорбиновой кислоты – до  $23,7 \pm 1,35$  мкмоль/л, что ниже нормальных значений в 2,3 раза, а токоферола – до  $9,8 \pm 0,3$  нмоль/л, что было в 1,9 раз ниже нормы. Концентрация ретинола у пациентов после завершения лечения выросла относительно начального уровня в 1,2 раза и составила  $15,9 \pm 1,1$  мкг/л, но несмотря на это, данный показатель все же оставался меньше нормы в 1,3 раза ( $P < 0,01$ ). Под влиянием общепринятого лечения регистрировалась также тенденция к повышению концентрации, как аскорбиновой кислоты, так и токоферола. Так, концентрация аскорбиновой кислоты повысилась в процессе лечения в 1,2 раза, но была ниже нормы в 1,3 раза ( $P < 0,05$ ), уровень токоферола вырос по отношению к исходному показателю в 1,8 раза, но оставался ниже нормы в 1,1 раза ( $P < 0,05$ ). Таким образом, мы видим лишь тенденцию к нормализации изучаемых показателей, однако к моменту завершения лечения значения отличаются от нормы.

Выводы. При наличии ХВГВ, протекающего на фоне ХНХ, характерно снижение концентрации в крови витаминов, обладающих антиоксидантными свойствами, что требует дополнительной медицинской коррекции.

*Ярцева С.В.*

ГУ ГНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

### **ОСОБЕННОСТИ АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Введение:** Одним из часто встречающихся видов коморбидности является сочетание бронхиальной астмы (БА) с ожирением. При изучении отдельных звеньев патогенеза БА важная роль отводится клеткам крови, изменению их структуры и функции в ответ на развивающийся воспалительный процесс, что имеет значение в его реализации и развитии осложнений. В настоящее время имеются данные об участии тромбоцитов в аллергическом воспалении. Так, интерлейкины при иммунном ответе стимулируют мегакариоцитарный росток, повышая продукцию кровяных пластинок и их агрегационное состояние. В свою очередь, гранулы тромбоцитов содержат активные вещества, способные усиливать воспалительный процесс, тем самым являются активными участниками его поддержания в организме.

**Материалы и методы.** Было обследовано 75 пациентов в период стационарного лечения с обострением персистирующей БА средней степени тяжести и персистирующей тяжелой БА, (29 мужчин и 46 женщин), из числа которых были сформированы две группы. Пациенты с БА 1 группы (39 человека) были с нормальной массой тела, пациенты с БА 2 группы (36 человек) имели ожирение 1 и 2 степени. Всем пациентам была проведена антропометрия и наряду с общеклиническими обследованиями были исследованы показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов с использованием стандарта АДФ (аденозин-5'-дифосфатдинатриевая соль, «Ренам») в концентрациях 2,5 и 5 мкмоль на лазерном агрегометре НПФ БИОЛА 230-ЛА. Состояние агрегации тромбоцитов оценивалось на основе анализа показателей кривой светопропускания и кривой среднего радиуса агрегатов. Определялись СРАсп – показатель спонтанной агрегации, СРАадф – показатель АДФ-индуцированной агрегации, СРМНсп – максимальный наклон кривой среднего радиуса спонтанной агрегации, СРМНадф – максимальный наклон кривой среднего радиуса АДФ-индуцированной агрегации, СРt – время максимальной агрегации по кривой среднего радиуса, СРДА – степень дезагрегации. Степень агрегации определяется как максимальный прирост светопропускания после добавления индуктора и измеряется в процентах (СПсп, % – степень спонтанной агрегации по кривой светопропускания, СПадф, % – степень АДФ-индуцированной агрегации по кривой светопропускания). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц..

**Результаты:** Показатель СРАсп у пациентов 1-й группы составлял  $(3,45 \pm 0,4)$  усл. ед., превышал референтную норму  $(1,28 \pm 0,6)$  усл. ед.) в 2,7 раза ( $p < 0,01$ ). У лиц 2-й группы СРАсп равнялся  $4,47 \pm 1,1$  усл. ед., что было 3,5 раза выше нормы и в 1,3 раза – выше, чем в 1-й группе. Величина показателя СРАадф у больных 1-й группы составляла  $(48,87 \pm 5,4)$  усл. ед. и была меньше таковой чем во 2-й ( $75,32 \pm 5,6$ ) усл. ед. – в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ) при должных значениях  $(35,0 \pm 6,2)$  усл. ед. Максимальный наклон СРМНсп у пациентов 1-й группы составил  $(0,29 \pm 0,04)$  ед./мин. и был достоверно ниже аналогичного у пациентов 2-й группы  $(1,8 \pm 0,57)$  ед./мин., в среднем, в 6,2 раз ( $p < 0,001$ ) при референтной норме  $(0,3 \pm 0,1)$  ед./мин. Уровень СРМНадф достигал в 1 группе значений  $(12,87 \pm 2,4)$  ед./мин при норме  $(14,3 \pm 1,5)$  ед./мин, но был ниже такового у пациентов 2 группы  $(26,6 \pm 3,4)$  ед./мин.) в 2,0 раза ( $p < 0,05$ ). Значения СРt у пациентов 1 группы составил  $(72,58 \pm 6,1)$  с, что было достоверно меньше соответствующего времени у пациентов 2 группы  $(87,2 \pm 7,3)$  с – в 1,2 раза, при значении у практически здоровых лиц  $(67,4 \pm 3,5)$  с. Уровень СРДА в период обострения БА в 1 группе был достоверно снижен – до  $(32,78 \pm 2,3)$  %, но выше, чем ее значения у пациентов с БА, сочетанной с ожирением, –  $(26,91 \pm 2,6)$  % – в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ) при должных значениях  $(38,4 \pm 2,3)$  %. Таким образом у больных с БА, сочетанной с ожирением, отмечалось наиболее выраженное увеличение спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов по сравнению с пациентами с БА без ожирения, что обусловило формирование предпосылок к развитию синдрома гиперагрегации и способствовало нарушению микроциркуляции.

*Egorova M.A., Talalayenko Y.A., Petrenko S.A.*

M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk People's Republic  
Department of Obstetrics And Gynaecology

### **FOETAL STATE ASSESMENT DURING INTRANATAL PERIOD**

Technology innovations of medicine in the 20<sup>th</sup> century brought about new ways and possibilities which made it possible for the obstetricians to investigate and learn more about foetus and how it functions. This knowledge helped in defining changes in the priorities of obstetrics and became the main tools in technology for diagnosing the condition of foetus. Such tools are ultrasound visualisation and foetometry, cardiotocography, ultrasound dopplerometry of blood flow velocity in the foetal vessels, umbilicus, placenta and the uterus.

Currently a popular and widely used method in picking up foetal distress during pregnancy is cardiotocography (CTG). No conclusion about foetal condition is possible or made without going through cardiotocographic investigation.

**TARGET:** The target of this investigation is to provide visual informative criteria of cardiotocography in the assessment of foetal condition during the intranatal period within the gestational period of more than 34 weeks.

**METHOD OF INVESTIGATION:** The investigative analysis was carried out at Donetsk clinical hospital №6. For carrying out the investigation, the target to achieve is to analyse 146 scanning of CTG, registered in the intranatal period with gestational period more than 34 weeks with different outcome of delivery or birth for the foetus. Out of them, 64 CTG out of the control group (I) was made up, i.e. registration of delivery with good perinatal outcome (babies were born in satisfactory conditions, neonatal period went on successfully without any anomalies). The main group (II) was made up out of 82 CTG: 14 CTG, registration of delivery which ended up in the intranatal death of the foetus. 68 CTG - in delivery with results which showed babies born in the condition of asphyxia. Medium length of time in the scan readings was 20 minutes. With the visual analysis of CTG, the following indicators of foetal heart rhythm was observed: basal frequency (bpm); variables of basal rhythm (bpm); presence of acceleration and decelerations and sinus rhythm.

**RESULTS OF INVESTIGATION:** After investigating the frequency level and analysis of the basal rhythm in the main and central groups, the following results were achieved: out of 64 CTG central group in 60 (93,8%) CTG basal rhythm oscillated in the limits of 110-170 bpm, in the main group, statistical meaning was not much out of 82 CTG in 51(57,9%) ( $p<0,05$ ). Variable amplitudes of basal rhythm 10 bpm and more in the control group came out as 10 (15,6%) CTG, in the main group there was 6 (7,3%) CTG. It means that the results of our investigation in the intranatal period amplitude oscillated above 10 bpm which meant they are similarly rare for both the main and control groups.

Variable amplitudes of basal rhythm from 7 to 10 bpm were maintained at 27 (42,2%) CTG in the central group and in the 33 (40,2%) CTG in the main group. From such frequency in both the control and main groups variables of basal rhythm from 3 to 6 bpm: at 26 (40,6) CTG and at 32 (39%) CTG respectively were observed. Difference in frequency of both group associations was statistically insignificant. Variables of basal rhythm less than 3 bpm were maintained at 1(1,6%) CTG control group and 11 (13,5%) CTG of the main group.

**CONCLUSION:** The results received and established show that deceleration is the most clear and obvious sign of unsuccessful foetus in the intranatal period. A highly specific but low sensitive sign is the reduction of variable less than 3bpm that is notwithstanding. Besides, no information evidence has been found to explain the informative content for accelerations on the CTG in order to assess foetal condition during delivery or birth.

*N.Golovchenko, M. Sulzhenko, Bugaienko O, Drupova V.*

SI LPR «LUHANSK STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED BY SAINT LUKA»

### **CURRENT ISSUES IN THERAPY REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN WITH GASTRODUODENAL PATHOLOGY**

The most common inflammatory joint diseases in children are reactive arthritis (ReA). Clinical manifestations of the disease heterogeneous and depend on the initial reactivity of the organism, genetic predisposition and triggering factors. Leading role in the correction of such states are non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). However, the use of most of the range of NSAIDs is limited by the presence of gastrointestinal comorbidities that under modern conditions is much common in the pediatric population.

Drugs of choice in these patients are selective COX-2 inhibitors, such as in pediatric practice used primarily by a group of nimesulide. The peculiarity of their impact on the cytokine profile in ReA is to reduce the synthesis of prostaglandins, interleukin-6, TNF- $\alpha$ , and other drugs in this group also neutralize hypochlorous acid which actually causes the destruction of articular cartilage during inflammation. In addition, nimesulide is in the synovial fluid for a longer time than in plasma, which provides additional pharmacokinetic advantages and causes prolonged analgesic effect. The most important is a minimal effect on the gastrointestinal mucosa compared with other NSAIDs.

The aim of our study was to investigate the effectiveness of nimesulide in children with ReA, and concomitant diseases gastrointestinal tract. We have carried out a dynamic clinical and laboratory observation of 48 children in the group. When defining a trigger factor is also assigned to causal therapy. Efficacy of treatment was determined by the reduction of complaints and objective symptoms, as well as significantly reduction in the humoral activity (normalized hemogram, levels of C-reactive protein, seromucoid, haptoglobin and ceruloplasmin) and the absence of adverse reactions.

The results of this study indicate a high therapeutic efficacy and safety of nimesulide in the treatment of children with ReA against diseases of the gastrointestinal tract.