

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. ШЕВЧЕНКО

Медицинский факультет

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины

Общество врачей хирургического профиля Приднестровской Молдавской Республики

СКЛИФОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

Актуальные вопросы артрологии

*Тезисы международной научно-практической конференции
24 декабря, 2021*

ВЫПУСК 11, 2021

Тирасполь
*Издательство
Приднестровского
Университета*
2021

УДК 616-092.18(072) (075,8)
ББК Р418.12

Ответственный редактор

И.Ф. Гарбуз, зав. каф. травматологии,
ортопедии и экстремальной медицины,
д-р мед. наук, проф., член кор. РАЕ

СКЛИФΟΣОВСКИЕ ЧТЕНИЯ «Актуальные вопросы артрологии»: тезисы международной научно-практической конференции, 24 декабря 2021 г. Тирасполь / под ред. проф. И.Ф. Гарбуза. – Тирасполь: Изд-во Приднестр. ун-та. – 2021. – 72 стр.

Представлены тезисы врачей различных специальностей Приднестровской Молдавской республики, Молдовы, России и сотрудников медицинского факультета Приднестровского государственного университета.

Рассмотрены актуальные вопросы артрологии.

Книга предназначена для практических врачей различных специальностей, врачей ординаторов, студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

УДК 616-092.18 (072) (075,8)
ББК Р418.12

СОДЕРЖАНИЕ

Э.А. Щеглов, Н.Н. Алонцева ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ ФЛАВАНОИДНОЙ ФРАКЦИИ СНИЖАЕТ ПОТРЕБНОСТЬ В АНАЛЬГЕТИКАХ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И АРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	5
Н.Н. Шавга, Н.Г. Шавга ЧРЕСКОЖНАЯ НУКЛЕОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ	6
Н.Н. Шавга, Н.Г. Шавга ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ И ТЯЖЁЛЫХ РИГИДНЫХ СКОЛИОТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	7
Н.Н. Шавга, Н.Г. Шавга ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ И КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	9
В.А. Соколов, Е.Ю. Федорова, Н.Г. Лосева ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С СУСТАВНЫМИ ЖАЛОБАМИ	11
И.П. Охременко ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ COVID-19	12
И.Ф. Гарбуз, В.В. Величко ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ПО САЛАМА-ПАЛТИЯ	14
И.Ф. Гарбуз, В.В. Величко, Е.Ю. Федорова, Е.Л. Коляда ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОНТЕДЖА	15
И.Ф. Гарбуз, Е.Ю. Федорова, Е.Л. Коляда ТРАНЗИТОРНЫЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКИЕ АРТРОПАТИИ У ДЕТЕЙ	16
И.Ф. Гарбуз, В.Г. Мазур ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ТРАВМАТИЗАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО	17
И.Ф. Гарбуз ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И СПЕЦИФИКА РЕАБИЛИТАЦИИ	8
В.Ф. Гуменный, И.Ф. Гарбуз ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА КЛЮЧИЦЫ	20
И.Ф. Гарбуз, В.М. Мунтян, Е.Н. Швец, Е.Л. Коляда ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОЛИТРАВМОЙ	21
И.Ф. Гарбуз, В.В. Цуркан, В.С. Леонтьев ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ	23
И.Ф. Гарбуз, В.М. Мунтян, В.В. Величко, Е.Ю. Федорова НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ	24
А.Е. Абиленцева, Ю.В. Хомула ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА НА АМБЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА	26
С.В. Окушко, А.И. Кирпий БОЛЬ В СПИНЕ. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ	28
В.В. Цуркан, И.Ф. Гарбуз ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	29

РАЗНОЕ

Д.Д. Добров РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЬШИХ ДЕФЕКТАХ СВОДА ЧЕРЕПА, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ОБОРУДОВАННОЙ ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИЕЙ	31
А.Г. Кравцова, М.А. Мельникова, Н.Н. Ячкова НЕКОТОРЫЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ АКЦЕНТЫ, УЛУЧШАЮЩИЕ КАЧЕСТВО ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19	33
Л.Н. Азбукина, О.С. Чебан, В.С. Пересада ФАКТОРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО	35

О.В. Лысенко, И.З. Палади ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ПМР	36
Т.П. Чекан, Е.Г. Голынская ИЗ ОПЫТА ДИАГНОСТИКИ ОТОСКЛЕРОЗА	38
Т.П. Чекан, Е.Г. Голынская ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ С КОХЛЕАРНО ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ДЕТЬМИ В ПРИДНЕСТРОВЬЕ	39
И.В. Гимиш, И.А. Пулбере ВЛИЯНИЕ ЗНАНИЙ АНАТОМИИ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	41
И.А. Пулбере, И.В. Гимиш ОСОБЕННОСТИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	42
И.Г. Костецкая МЕТОДИКА ПРОВЕРКИ АКТОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ И ЭКСПЕРТИЗ ПО МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТАМ	44
И.Г. Костецкая РЕДКИЙ ПРИЗНАК УДАВЛЕНИЯ РУКАМИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ	45
И.Г. Костецкая СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА	46
Ю.С. Паскалов, А.А. Ботезату, В.А. Бурлак, А.М. Коцюруба, В.В. Думанский, Д.А. Бутеску ЭХОСКОПИЧЕСКАЯ И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ СТРУКТУР У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ	47
А.Н. Лембас, А.П. Шпеко, М.В. Кучинский, М.В. Ивасишина, С.Ф. Гуменный, С.В. Скурту, К.Ю. Захарян ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ЗАДНЕЙ СЕПАРАЦИОННОЙ ТЕХНИКИ Y.W. NOVITSKY ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ	49
Ф.А. Струтинский, И.Е. Мереуцэ, В.Ф. Карауш, Н.И. Бодруг, В.А. Шептицкий БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НУТРИЦЕВТИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ COVID-19	51
А.Н. Орган, И.Е. Мереуцэ, Л.Д. Полякова, М.С. Чокинэ, С.Г. Сандуца, Б.П. Унту, П.Б. Унту, М.И. Улинич ВЛИЯНИЕ АКУПУНКТУРЫ В СОЧЕТАНИИ С Н ₂ -БЛОКАТОРОМ ГИСТАМИНОРЕЦЕПТОРОВ РАНИТИДИНА НА СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА	53
Л.Д. Стоянова, Н.И. Панченко МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА И НЕВРОЛОГА В ВОПРОСАХ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ	54
Н.Г. Лосева ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ФЛЮОРОПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ЛИЦ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧУ-ФТИЗИАТРУ	56
И.В. Гимиш, Д.В. Ванина, А.М. Назаренко СЛОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ C-SHARE КАНАЛОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА, НЕОБХОДИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЩАТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	57
А.О. Рассолова, А.А. Гарбузняк, Я.Ф. Белогуб ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ: СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ	59
А.А. Гарбузняк, Л.И. Хмелевская, О.И. Гарагуля КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	61
Ю.А. Бутенко ГОНАДОСТЕРОИДЫ И ПРОЛАКТИН В МОРФОГЕНЕЗЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	62
Н.И. Жало, А.А. Гончар, А.И. Лапина АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА У ПАЦИЕНТОВ С SARS-COV 2	64
А.И. Гуранда, И.И. Зеленюк, Н.С. Берлинская, О.М. Рымарь, Е.У. Рудейчук, Н.А. Нетудыхата, А.С. Мунтян КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ОНКОЛОГА	66
А.Н. Омелько МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	68
О.С. Чебан, О.О. Марц ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ	70

Э.А. Щеглов, Н.Н. Алонцева

**ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ
ФЛАВАНОИДНОЙ ФРАКЦИИ СНИЖАЕТ ПОТРЕБНОСТЬ
В АНАЛЬГЕТИКАХ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
И АРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский госуниверситет», ГБУЗ РК «БСМП»
г. Петрозаводск, Республика Карелия
ernestsheglov@gmail.com*

Цель. Многим пациентам с флебогонартрозом (сочетание гонартроза и варикозной болезни) требуется регулярный приём нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) для уменьшения выраженности болей в суставе. Нами была проведена оценка изменений потребности в НПВП у таких больных на фоне терапии микроионизированной очищенной флавоноидной фракцией (МОФФ).

Материал и методы. Под наблюдением находились 105 пациентов с флебогонартрозом длительно находящиеся на лечении по поводу артроза и не получавшие ранее терапию по поводу варикозной болезни. Критерием включения в исследование явился факт подтверждённого клиническим осмотром и данными инструментального исследования флебогонартроза. Срок наблюдения за пациентами составил 12 месяцев. Пациенты осматривались при включении в исследование, через 6 и 12 месяцев.

Помимо клинической группы была сформирована группа контроля, куда вошли 37 пациентов, которые по разным причинам отказались от лечения варикозной болезни. Данная группа по своим основным клиническим и социальным параметрам соответствовала клинической группе.

Пациенты получали рекомендации по коррекции образа жизни. Исключались высокотемпературные воздействия на конечности, при необходимости использование контрастного ножного душа.

Пациентам проводился первый курс терапии флеботропными лекарственными препаратами (ФЛП) в течение двух месяцев с момента начала исследования. Затем этот курс повторялся 2 раза с интервалом в 3 месяца. Стандартным ФЛП являлась МОФФ.

Всем пациентам рекомендовалось использование компрессионного трикотажа. В подавляющем большинстве случаев использовались лечебные компрессионные изделия 2-го класса с давлением на уровне лодыжек 23–32 мм рт. ст. Предпочтение отдавалось чулкам или колготам.

Терапия остеоартроза (ОА) включала применение НПВП, болезньюмодифицирующих препаратов (хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат), физиотерапевтическое лечение. Данная терапия полностью соответствовала той терапии ОА, которую пациенты получали до включения в исследование. Также пациенты следовали рекомендациям по снижению веса, коррекции образа жизни и уменьшению нагрузки. В связи с большим разнообразием принимаемых больными НПВП, как-то оценивать потребность напрямую не представляется возможным. В связи с этим нами был проведён опрос об изменении потребности в НПВП. Пациент дол-

жен был ответить на вопрос об изменении данной потребности при завершении исследования. Предлагались следующие варианты ответа:

- потребность в НПВП резко снизилась;
- потребность в НПВП снизилась;
- потребность в НПВП не изменилась;
- потребность в НПВП увеличилась.

Результаты и их обсуждение. В клинической группе через 12 месяцев с начала лечения варикозной болезни 12% больных отметили резкое снижение потребности в НПВП, 79% отметили некоторое снижение потребности и в 9% случаев потребность в НПВП не изменилась. Не было ни одного случая увеличения потребности в анальгетиках в клинической группе.

В контрольной группе потребность в НПВП снизилась у 8% пациентов, не изменилась у 86% и выросла у 6% пациентов

Выводы: Включение в схему лечения мероприятий, направленных на устранение нарушений венозного оттока, в том числе применение МОФФ приводит к уменьшению потребности в НПВП у пациентов с гонартрозом на фоне варикозной болезни нижних конечностей.

Н.Н. Шавга, Н.Г. Шавга

ЧРЕСКОЖНАЯ НУКЛЕОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ

*КГМУ им. «Николая Тестемицану», кафедра детской хирургии,
ортопедии и анестезиологии
г. Кишинёв, Республика Молдова
niknik30086@gmail.com*

Несмотря на значительные успехи в развитии технологий хирургического лечения межпозвоночных грыж, частота рецидивов и так называемого синдрома неудавшейся операции – „*Failed Back Syndrom*“ (FBSS) остается чрезвычайно высокой. Только в Великобритании каждый год возникает более 2000 случаев FBSS, требующих повторного хирургического вмешательства. Всё больше специалистов приходят к выводу, что при лечении межпозвоночных грыж следует отдавать предпочтение терапевтическим решениям, сохраняющим целостность позвоночника. В последнее время широко используются декомпрессионные внутривдисковые процедуры, в основе которых лежит принцип снижения внутри дискового давления. Одним из таких методов является чрезкожная нуклеопластика гелефицированным этанолом, с эффективностью (согласно данным литературы) до 91,4%.

Цель: с помощью собственных клинических исследований определить эффективность и безопасность гелефицированного этанола при чрезкожном лечении грыж межпозвоночных дисков.

Материал и методы. У всех 56 (18–73 лет, средний возраст – 45,3) пациентов, включённых в исследование (2014 – 2019), клинические симптомы радикулопатии сохранялись на протяжении от 3 месяцев до 15 лет (за исключением

8 пациентов с острыми симптомами гипералгической грыжи), все получали традиционное лечение (физиотерапию, сосудистые и противовоспалительные препараты, мануальную терапию, кинетотерапию, местное введение стероидов и т.д.), не приведшее к улучшениям. Мы оценивали уровни боли каждого пациента во время самой процедуры, а затем через 3–4 и 8 недель, и 4, 8, 12, 24 месяцев после процедуры.

Результаты и их обсуждение. Уровни боли сразу после процедуры были заметно ниже, чем до процедуры. Не наблюдалось никаких осложнений. Через два месяца после процедуры, начальный уровень радикулопатической боли снизился в среднем на 84%. Результат был стабильным в течение долгого времени (до 5 лет для первых случаев). Очень хорошие результаты были получены у 21 (37,5%) хорошие у 26 (46,4%) больных, удовлетворительные у 7 (12,5%) и плохие в 3 случаях (8,6%), из которых 2 пациента решились на хирургическое лечение.

Выводы:

1. Наше предварительное исследование показало высокую эффективность и безопасность применения телефицированного этанола в чрескожном лечении грыж межпозвоночных дисков, продемонстрировало отсутствие осложнений и рецидивов в ранний и отдалённом послеоперационном периоде в течение более 5 лет для первых случаев.

2. «Региональная», многофакторная, комплексная терапия не только грыжи диска, но и всех элементов участвующих в формировании патологической цепи (суставы, мышцы и т.д.) приводит к результатам, удовлетворяющим пациента и врача.

3. Точный, строгий отбор пациентов для процедуры (по показаниям) позволит избежать неудачный исход лечения.

Н.Н. Шавга, Н.Г. Шавга

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ И ТЯЖЁЛЫХ РИГИДНЫХ СКОЛИОТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*КГМУ им. «Николая Тестемицану», кафедра детской хирургии,
ортопедии и анестезиологии
г. Кишинёв, Республика Молдова
niknik30086@gmail.com*

Цель работы. Улучшение качества жизни детей с тяжёлыми сколиотическими деформациями грудного и поясничного отдела позвоночника путем разработки дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы. Работа основана на оценке анализа данных, полученных при клинико-анамнестическом, параклиническом обследовании в пред- и постоперационный период 58 детей, в возрасте от 5,5 до 17,5 лет, с тяжёлыми (>70°) сколиотическими деформациями различной этиологии находящихся в Клинике вертебродологии, ортопедии и травматологии Научно-практического центра детской хирургии «Н. Георгиу» в период с 2014 по 2021 гг.

Результаты и их обсуждение. Пациенты были разделены, в зависимости от характера хирургических вмешательств, на 3 категории: I категория – 26(44,8%) пациентам с завершённым ростом (14–16 лет), мобильными деформациями позвоночника, выполнена одноэтапная дорсальная коррекция; II категория – 18(31,1%) пациентам с завершённым ростом (14–16 лет), ригидными формами деформации, первым этапом выполнялась передняя мобилизация позвоночника (многоуровневая дискэктомия), вторым – дорсальная коррекция деформации системой C-D; III категория – 16 (27,6%) пациентам с ювенильными идиопатическими и врождёнными деформациями (5–12 лет), проведено комбинированное, этапное оперативное лечение.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ качества жизни пациентов с тяжёлыми деформациями позвоночника (согласно опроснику „EQ-5D”, разработанному „EuroQoL”), до и после хирургического вмешательства, показал, что в послеоперационный период качество жизни пациентов улучшилось по сравнению с предоперационным, от $12,7 \pm 0,3$ пунктов до $7,02 \pm 0,1$. Отдалённые результаты хирургического лечения: хорошие (коррекция > 55%) – 39 (68,4%), удовлетворительные (55%–40%) – 12 (21,1%), неудовлетворительные (< 40%) – 7 (12,3%). Различного рода осложнения имели место в 9 (15,8%) случаях.

Выводы:

1. Оптимальным методом коррекции тяжелых, мобильных сколиотических деформаций позвоночника у детей с законченным ростом сколиозов явилось: дорсальный релиз позвоночника (тенолегаментокапсулотомия по Шелутко, тотальная фасетэктомия (нижней и верхней фасетки) на протяжении коррекции по методу Понте), коррекция и фиксация позвоночника системой C-D.

2. Оптимальным методом коррекции тяжелых, ригидных сколиотических деформаций позвоночника явилось: вентральный релиз позвоночника (многоуровневая дискэктомия) по выпуклой стороне деформации; дорсальный релиз, коррекция и фиксация позвоночника системой C-D.

3. Хирургическое лечение тяжёлых ювенильных сколиозов в возрасте 10–12 лет, сочетает передний релиз позвоночника с последующим задним релизом и дорсальной коррекцией металло-конструкцией.

4. В случаях тяжёлых ювенильных сколиозов в возрасте до 10 лет оптимально выполнять дорсальную коррекцию «растущей конструкцией».

5. В случаях врождённых деформаций первичная оперативная коррекция порока проводится у детей в возрасте 5–10 лет в комбинации: «уравновешивающий спондилодез» на вершине искривления с последующей дорсальной коррекцией «растущей конструкцией»;

6. Окончательная коррекция деформации, полный монтаж конструкции, задний спондилодез, торакопластика осуществляются по окончании роста позвоночника.

Н.Н. Шавга, Н.Г. Шавга

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ И КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*КГМУ им. «Николая Тестемичану», кафедра детской хирургии,
ортопедии и анестезиологии
г. Кишинёв, Республика Молдова
niknik30086@gmail.com*

Различные деформации грудной клетки встречаются у 2–3% детей и подростков. С ростом, деформация усугубляется, компримируя и смещая лёгкие и сердце, провоцируя тяжёлые нарушения дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Нарушения со стороны внешнего дыхания приводят к изменениям на биохимическом уровне, отклонениям в метаболических процессах, сдвигам кислотно-щелочного равновесия крови, приводящим не только к нарушению качества жизни, ранней инвалидизации, но и к риску ранней смерти. Согласно литературным данным, длительность жизни пациентов с тяжёлыми деформациями грудной клетки не превышает 35–40 лет. Исследования последних 30 лет показывают полную несостоятельность и неэффективность консервативных методов лечения. Только своевременное хирургическое лечение, способно устранить деформацию и вместе с этим компрессию, оказываемую на сердечно-сосудистую систему, и тем самым, предотвратить необратимые изменения органов грудной клетки. К сожалению, в повседневной практике мы часто сталкиваемся с такими негативными явлениями как поздняя госпитализация, переоценка возможностей консервативных методов лечения и недооценка возможностей хирургической коррекции, отсюда и проистекает цель данной работы.

Цель: информировать и продемонстрировать специалистам в области ортопедии и хирургии возможности хирургической коррекции у детей с тяжёлыми, декомпенсированными деформациями грудной клетки, основываясь на анализе данных современной литературы и собственном опыте.

Материал и методы. В клинике вертебрыологии, ортопедии и травматологии Центра матери и ребёнка, в период 2012–2021 гг., прооперированно 105 детей с деформацией грудной клетки, из которых 76 (79,8%) детей с воронкообразной грудной клеткой (gr.II-III), прооперированы с использованием миниинвазивной технологии Nuss (в нашей модификации) и 29 (21,2%) пациентов с килевидной деформацией грудной клетки, прооперированы по миниинвазивной методике Abramson.

Результаты и их обсуждение. Анализируя первый собственный опыт применения малоинвазивных методик торакопластики, в первую очередь была отмечена их малая травматичность, а также удовлетворительное самочувствие пациентов в раннем послеоперационном периоде. Средняя продолжительность госпитализации таких пациентов составила 8 койко-дней, а длительность операции, в среднем – 50 минут.

Осложнения. Интраоперационные осложнения: ранение плевры и пневмоторакс у 2 больных. В послеоперационном периоде: подкожная эмфизема у 2 больных, односторонняя пневмония у 1 больного. Все осложнения разрешены консервативно

в течение 2 недель после операции и не повлияли на окончательный результат лечения.

После выполнения малоинвазивных вмешательств не было необходимости в длительном сроке домашнего режима, через месяц дети могли посещать учебные заведения.

Отдалённые результаты хирургического лечения (1–10 лет) отслежены у 68 (89,5%) больного с воронкообразной деформацией грудной клетки. Для оценки коррекционной способности малоинвазивных вмешательств высчитывался ИГ после их проведения. В 80% случаев он находился в интервале от 0,9 до 1,0, что соответствует норме, а в 20% – от 0,78 до 0,9, что соответствует I степени западения. Все результаты, мы разделили на три группы, отличающихся друг от друга по следующим критериям:

1. Хороший результат. У больных нет жалоб, антропометрические показатели соответствуют возрасту, деформация полностью устранена, косметический результат устраивает больного, функциональные исследования не выявляют отклонений от нормы (ИГ от 0,9 до 1,0) – наблюдали у 57 (83,3%) больных.

2. Удовлетворительный результат. Отмечается незначительное западение грудины (индекс Гижницкой не менее 0,7 до 0,9) или искривление реберных дуг. У больных жалобы на косметический дефект либо отсутствуют, либо минимальны. Функциональные показатели в норме – 11 (16,7%) больных.

3. Плохой результат (или рецидив) – не наблюдалось.

Выводы:

1. Хирургическое лечение воронкообразной деформации грудной клетки, необходимо осуществлять при достижении II ст. тяжести деформации, в независимости от возраста ребёнка.

2. В настоящий момент, в хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки «золотым стандартом» является миниинвазивная методика Nuss, «золотым стандартом» хирургической коррекции килевидной грудной клетки миниинвазивная технология Abramson (*Анти-Насс*).

3. Попытки консервативного лечения пациентов с деформацией грудной клетки – ошибка, приводящая к формированию тяжёлой деформации с необратимыми изменениями и осложнениями функции внутренних органов.

4. Своевременная хирургическая коррекция деформаций грудной клетки – единственный способ предотвращения прогрессирования нарушений функций внутренних органов.

В.А. Соколов, Е.Ю. Федорова, Н.Г. Лосева
**ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
АССОЦИИРОВАННЫХ С СУСТАВНЫМИ ЖАЛОБАМИ**

*ПГУ им. Т.Г.Шевченко, кафедра терапии №1,
кафедра терапии с циклом фтизиатрии
г.Тирасполь, Приднестровье
sokol-177@mail.ru*

Изучение распространенности соматических заболеваний (СЗ), ассоциированных с суставными жалобами (СЖ) обусловлена широкой распространенностью и экономическим ущербом, который наносится обществу данными заболеваниями. В России, в начале 21 века, было проведено анкетирования среди больных с СЗ на предмет определения частоты суставных жалоб (СЖ). Было обследовано 23438 чел. В общей группе пациенты с СЗ и суставной патологией отмечали у себя припухание суставов и артриты в 21% случаев, а боли и артралгии – 38% опрошенных. Данных о частоте СЗ, коморбидных заболеваний, полипрагмазий и ассоциированных с ними суставных жалоб среди жителей г. Тирасполя в доступной нам литературе не выявлено.

Целью исследования явилось изучение распространенности соматических заболеваний, ассоциированных с суставными жалобами (боли, припухание и гиперподвижность в суставах) среди жителей г. Тирасполя.

Материалы и методы исследования. С 2017 по 2020 гг. работа являлась частью целевой программы НИЛ «ИНТЕРН» кружка «Авиценна» по изучению частоты СЗ среди жителей г. Тирасполя. С помощью анкет, разработанных в НИИ Ревматологии г. Москва и дополненной в процессе исследования, было проведено анкетирование 493 человек. Статистическая обработка результатов выполнена в программе Microsoft Excel 2007 и Статистика.

Результаты и их обсуждение. Из 493 проанкетированных респондентов в возрасте от 18 до 90 лет, мужчин было 35,7% (176 чел.), женщин – 64,3% (317 чел.), на возраст 18–30 лет приходилось 41,4% респондентов, а на возраст старше 50 лет – 36,0%. Припухание суставов было определено у 31,2% (154 чел.) пациентов. Боли в коленных и/или тазобедренных суставах были выявлены у 33,1% проанкетированных (163 чел.). Гиперподвижность суставов, которая чаще определялась в возрасте до 30 лет и была выявлена у 14,8% респондентов (73 чел.). Далее было определено количество больных с соматическими заболеваниями, число которых составляло 150 чел. (30,4%), из них больные с ревматическими заболеваниями (РЗ) составляли 8,3% (остеоартроз – 7,7% – 38 чел., ревматоидный артрит – 0,63% – 3 чел.) и др.

Частота СЗ, ассоциированных с СЖ, и их сочетания составляла 2,5%: АР гипертония и ОА – 1,01% (5 чел.), ИБС и ОА – 1,01% (5 чел.), бронхиальная астма (БА) и ОА – 0,41% (2 чел.), РА и ангина – 0,20% (1 чел.), РЗ и тахикардия – 0,20% (1 чел.), РЗ и геморрой – 0,20% (1 чел.), РЗ и миома матки – 0,20% (1 чел.), РЗ и язвенная болезнь ДПК – 0,41% (2 чел.).

Выводы. Таким образом, в процессе исследования была изучена распространенность соматических заболеваний и суставных жалоб среди жителей г. Тирасполь. Распространенность СЗ, ассоциированных с суставными жалобами составила

30,4%. Частота СЖ в Приднестровье была несколько ниже чем в РФ – жалобы на боли в суставах составляли соответственно 33,1% и 38%, а гиперподвижность в суставах 14,8% и 16,5%, соответственно. Жалобы на припухание суставов в ПМР наоборот несколько превышали данные в РФ и составляли 31,2% и 21%, соответственно. Но статистические отличия были не достоверны ($P>0,05$). Исследование продолжается и полагаем, что по мере увеличения числа исследуемого контингента, данные о частоте СЗ, ассоциированных с суставными жалобами, сопутствующей мультиморбидной и коморбидной патологии, а также ассоциированной с ними полипрагмазии – будут дополняться и уточняться.

И.П. Охременко

ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ COVID-19

*ООО Медицинский центр «Медин»
г. Тирасполь, Приднестровье
doctoirina67@gmail.com*

Коронавирус – болезнь коварная. И прежде всего потому, что никогда нельзя предсказать, как именно она будет развиваться у каждого конкретного человека и какие последствия принесет. У многих людей ковид-19 протекает без каких либо явных симптомов или с кратковременным повышением температуры. Потом проходит, но не всегда бесследно. Почему после коронавируса болят суставы и как бороться с этим неприятным явлением? Начнем с того, что коронавирусная инфекция бьет абсолютно по всем функциональным системам человеческого организма. Многие люди ошибочно полагают, что страдает только дыхательная. Однако это не так. Коронавирус сильно вредит сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной и нервной системам. Крайне негативно он влияет на суставы, а также мышцы человека. Изучая жалобы пациентов отмечено, что чаще всего последствия после перенесенного заболевания отражается именно на суставах. Пациенты жалуются на боли, появившиеся вскоре после выздоровления. Причем, жалобы касающиеся проблем с суставами, позвоночником или мышцами – одни из самых частых, если сравнивать со всеми остальными. Люди с испугом замечают, что появились болезненные ощущения, которые раньше их никогда не беспокоили. Почему же так происходит?

Коронавирус выводит из строя весь наш организм. Он оказывает непосредственное негативное влияние на хрящи, кости и суставы. Страдает весь опорно-двигательный аппарат, потому что не получает необходимые питательные вещества, а так же витамины. Силы организма направлены на борьбу с вирусом, все остальные задачи откладываются «на потом». Это не может не сказаться на состоянии всех наших тканей.

Когда вирус гибнет в организме любого живого существа, он никогда не растворяется и не пропадает бесследно. Умершие вредоносные клетки выделяют токсины, или, говоря простым языком – яды. Они отравляют ткани, в которые попадают, вызывая тем самым внутренние воспалительные процессы. Такому воздействию

подвержен весь организм, однако чаще всего страдают именно суставы, мышцы или органы. Попадая в них, токсины, образованные погибшим вирусом провоцируют воспаление.

Так случилось, что во время пандемии абсолютно все сели на самоизоляцию. Это обстоятельство значительно сократило физическую активность, ведь мало кто в таких условиях мог полноценно заниматься спортом. Помимо и без того сильного ослабления из-за заболевания, мышцы и суставы еще практически не двигаются. Это тоже влечет целый комплекс проблем, связанных с ними.

Опять же речь идет о далеко идущих последствиях самоизоляции. Многие любя, оказавшись взаперти, стали налегать на усиленное питание. Во-первых, появилось больше свободного времени и, следовательно, возможности стоять у плиты. Во-вторых, так легче психологически, известно, что людям свойственно «заедать» стресс. В итоге потребление калорий выросло, а физическая нагрузка сошла на нет. Это не могло, не отразится на мышцах и суставах.

Коронавирус поражает, в основном, взрослое население, а чаще всего лиц пожилого возраста. У многих из них уже и так есть проблемы с опорно-двигательным аппаратом. Они обусловлены именно возрастными изменениями в организме, а также различными приобретенными хроническими заболеваниями, коронавирус только усиливает перечисленные проблемы. В любом случае, какая бы причина (или комплекс причин) не легла в основу постковидного синдрома, ее необходимо выявить, а затем устранить. Причем, проявиться это может абсолютно по-разному:

- на первом месте стоит боль в позвоночнике, которая особенно сильно мучает и угнетает пациентов;
- второе место – болевые ощущения в области шеи, головы или суставах конечностей;
- третье место – тазобедренный сустав и колени.

Проявляться они могут по-разному. У кого это продолжительные, тупые или ноющие болевые ощущения. Они не приносят страданий, однако значительно ухудшают количество жизни, а так же портят общее состояние и настроение. Такие проблемы сказываются на возможности работать и вести активный образ жизни. Иногда болевые ощущения проявляются более агрессивно. Они могут быть пульсирующими или стреляющими, носить ярко выраженный характер, человек испытывает сильные страдания и уже не может сосредоточиться на чем-то другом, кроме болей. Не стоит забывать и о том, что в поврежденных суставах нарушается правильная циркуляция крови. Это влечет за собой нехватку кислорода, головокружения, а иногда – обмороки. Постковидный суставной синдром крайне негативно влияет не только на физическое, но и на психологическое состояние. Испытывая болевые ощущения, человек чувствует раздражения, теряет интерес к жизни, впадает в апатию и депрессию. Именно поэтому, почувствовав первые тревожные признаки, необходимо сразу же обращаться за помощью к специалисту.

И.Ф. Гарбуз, В.В. Величко

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ПО САЛАМА-ПАЛТЯ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ
г. Тирасполь, Приднестровье
travorto.tir@mail.ru

Врожденные деформации ребер и грудины встречаются не редко. Хирургическое лечение воронкообразной деформации ребер и грудины у детей является общепринятым.

Цель исследования – оценить эффективность пластических операций на ребрах и грудины при воронкообразной деформации по Салама-Палтия.

Материалы и методы: За последние 12 лет под нашим наблюдением находились 28 больных с врожденной воронкообразной деформацией ребер и грудины. Из всех больных (28) родители увидели деформацию передней грудной стенки на первом году жизни у 5 детей. У остальных 23 детей деформация выявлена в более старшем возрасте – эти дети часто болели простудными заболеваниями. Показанием для пластической операции на ребрах и грудины являлись: косметические – наличие физического недостатка не всегда скрывается одеждой, ребенку приносит огорчение, вырабатывается комплекс неполноценности; ортопедические – необходимость в коррекции измененной осанки, искривление позвоночника, что устраняется только после коррекции формы грудной клетки и функциональные – возникновение изменений со стороны функции сердца и легких, изменяя форму грудной клетки, функция легких и сердца улучшается.

Из всех больных, которые наблюдались, у 12 выявлено нарушение осанки, у 9 круглая спина, у 7 кифосколиоз. Проведенные электрокардиографические и спирометрические исследования показали нарушение функции сердечной деятельности и внешнего дыхания у большинства больных детей 18 (67%).

Операция при деформации ребер и грудины заключалась в подхрящевой резекции ребер деформированной зоны и Т-образной остеотомии грудины с последующей коррекцией её формы и удержание в таком положении при помощи металлической пластины, которая вводилась за грудину, а её бранши упирались на сами ребра.

Металлическая пластина удалялась спустя год после оперативного лечения.

Обсуждение. Из 28 детей, с деформацией грудной клетки после лечения, у 22-х форма грудной клетки восстановилась, и функция органов грудной клетки улучшилась у 6 больных, форма грудной клетки после оперативного лечения восстановилась, но грудная клетка была плоской формы. После обследования (электрокардиографии, спирометрии) выявлено значительное улучшение функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Все дети стали более активными, веселыми, общительными. Исчез синдром неполноценности.

И.Ф. Гарбуз, В.В. Величко, Е.Ю. Федорова, Е.Л. Коляда

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОНТЕДЖА

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ
г. Тирасполь, Приднестровье
travorto.tir@mail.ru

Переломы трубчатых костей предплечья до настоящего времени представляют определенные трудности в их лечении. Повреждения Монтеджа, при котором имеется вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости, составляет 0,4–5,5 % среди переломов костей предплечья. Несмотря на их относительную редкость, неудовлетворительные результаты лечения достигают 95 % (Кривенко С.Н., 2004).

Анализ литературы о способах лечения повреждения Монтеджа показал, что все известные технологии лечения исключают возможность ротационных движений предплечья на протяжении всего этапа фиксации костных отломков локтевой кости. Это приводит к стойким контрактурам в проксимальном и дистальном лучелоктевом сочленениях, локтевом и кистевом суставах, ретракции межкостной мембраны (Корж А.А., 2006).

Одной из ведущих причин, способствующих возникновению ротационных контрактур предплечья, является неадекватное вправление вывиха головки лучевой кости (не учитывается направление вывиха головки и степень повреждения сумочно-связочного аппарата плечелучевого сустава), неадекватная репозиция костных отломков локтевой кости и длительная фиксация вправленной и/или невправленной головки лучевой кости. Сложная анатомо-функциональная взаимосвязь локтевой и лучевой костей требует идеального подхода к вправлению вывиха головки лучевой кости, сопоставления костных отломков, поэтому любые не устранённые виды смещений реализуются ограничением ротации лучевой кости вокруг локтевой. К ограничению ротации приводят не только поврежденные костные структуры, но анатомическое восстановление плече-лучевого сустава и нарушение структуры и функции мягкотканых образований: межкостной мембраны, мышц-ротаторов предплечья, сосудов, нервов, покровных тканей.

Цель исследования: Определить этапность лечения повреждения Монтеджа, учитывая специфику и сложность зон повреждения.

Материалы и методы: Исследовали 17 истории болезни пострадавших за последние пять лет, с диагнозом повреждение Монтеджа, из которых женщин было 9, мужчин 8. Средний возраст – 38 лет. Согласно классификации Бадо (1967) первый тип повреждения Монтеджа был у 10 больных; второй тип у 2-х; третий тип у 4-х и 4 тип у 1-го больного. Преобладало повреждение Монтеджа первого типа – головка лучевой кости вывихнута кпереди, перелом локтевой кости со смещением отломков под углом, открытым кзади.

Учитывая значимость плечелучевого сустава и перелом локтевой кости, мы начинали лечение с вправлением головки лучевой кости. После её вправления отломки локтевой кости почти всегда принимали правильное положение. После вправления больным накладывали гипсовую повязку типа Блаунта и конечно проводили контрольную рентгенографию через гипсовую повязку.

Результаты лечения: У всех больных с повреждением Монтеджа первого типа предложенный способ эффективен и из 10 больных оперирован один, который обратился через 12 дней после полученной травмы. Повреждения Монтеджа 2; 3; 4 типа, учитывая специфику смещения вывихнутой головки лучевой кости и смещение отломков локтевой кости, далеко не всегда (у 2 больных из 7) удавалась закрытая репозиция вывиха головки лучевой кости и вправление отломков локтевой кости. 7 больных оперированы и операция начиналась с вправления головки лучевой кости, с восстановлением поврежденных элементов сустава плечелучевого и после репозиция костных отломков локтевой кости с их фиксацией. Результаты лечения удовлетворительны.

Выводы:

1. При повреждении Монтеджа для восстановления функции локтевого сустава главную роль играет восстановление плечелучевого сустава.
2. Репозицию отломков локтевой кости производится вторым этапом.
3. Результаты лечения повреждения Монтеджа зависят от этапности выполнения лечения.

И.Ф. Гарбуз, Е.Ю. Федорова, Е.Л. Коляда

ТРАНЗИТОРНЫЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКИЕ АРТРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ
г. Тирасполь, Приднестровье
travorto.tir@mail.ru*

Одной из основных особенностей артритов у детей является их широкая распространенность. Артрит в детском возрасте – это всегда серьезная проблема, поскольку он может являться дебютом тяжелой ревматологической болезни, ювенильного идиопатического артрита, ювенильного анкилозирующего спондилоартрита и т.д. С другой стороны, артрит у детей может иметь транзиторное течение с благоприятным исходом. Современные эпидемиологические исследования по данной проблеме единичны.

Мы провели исследование у 73 детей с болями суставов неизвестного генеза с целью выявить основные клинические признаки. Возраст больных детей от 3 лет до 15-ти. До 3 лет – 6; до 5 лет – 22; до 7 лет – 21; до 10 лет – 17; 10 лет и старше – 7.

Методы и ход исследования. Исследование проводили с 01.06.2020 г. по 31.05.2021 г. у 73 больных детей. Все дети с впервые выявленной артралгией, при клиническом обследовании. Клинические критерии артралгии у ребенка включали: 1) боль в области сустава (70% больных); 2) отек и боль в области сустава (9%); 3) боль и ограничение движения в суставе (10%); 4) боль с местным повышением температуры (4%); 5) признаки артрита по данным ультразвукового исследования (УЗИ) выявлено у (7%). Всем больным при поступлении проводили УЗИ заинтересованного сустава. Помимо рутинных лабораторных и инструментальных методов, которые не были информативны, объем диагностических мероприятий для верификации этиологии артрита включал наследственную предрасположенность – у 22 детей бабушка или дедушка по линии отца или матери страдали заболеваниями

суставов; элементы дисплазии тканей у больного ребенка выявлено у 25 (страдал дисплазией тазобедренных суставов (11), гипермобильность в суставах (8), пороки развития конечностей (4) и другие (2)).

Результаты. В течение года всего было выявлено 73 больных с болями в суставах, из которых мальчики – 41, девочки – 32. Артралгии чаще встречались у мальчиков, чем у девочек. Чаще всего боли наблюдались в области коленных суставов (41%), за ними следовали тазобедренные (39%) и голеностопные (20%). Боли в области суставов появлялись после нагрузки у 36 больных; текущей или недавней инфекции выявлены у 24 больных и беспричинно у 13 больных.

Выводы:

1. Заболевания суставов неясного генеза у детей встречаются часто.
2. Возраст детей, у которых встречаются элементы артралгии, самый разнообразный, и каждый детский период имеет свою специфику, причины заболевания.
3. Полифония клинической картины артралгий у детей самая разнообразная.

И.Ф. Гарбуз, В.Г. Мазур

**ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ТРАВМАТИЗАЦИИ
ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО**

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ
ГУ «Республиканский центр Матери и Ребенка», отделение хирургии
г. Тирасполь, Приднестровье
travorto.tir@mail.ru*

Родовой акт – сложный биомеханический процесс, который влияет на весь организм, и системы в отдельности, новорожденного ребенка. Сам травматический процесс формируется со сгибательно-разгибательным и компрессионным механизмом; механизмом ротации головки; дистракционным механизмом и сочетанным механизмом травмы.

Цель: определить основные факторы со стороны роженицы и медицинского персонала, способствующие травматизации шейного сегмента позвоночника.

Материалы и методы: За последние 5 лет наблюдали 97 новорожденных, которые находились в отделении реанимации и интенсивной терапии по поводу натальной травмы шейного сегмента позвоночника. Мальчиков – 53, девочек – 44. Средний вес – 2800–3200 грамм. Новорожденные родились в срок от 38 до 40 недель. У всех новорожденных отмечали Кисс-синдром.

Предрасполагающие факторы роженицы: узкий таз – 6; быстрые стремительные роды – 13; аномалия положения плода и плаценты – 8; другие – 10.

Предрасполагающие медицинские факторы: стимуляция или подавление родовой деятельности – 13; кесарево сечение – 20; непоказанное или неправильное медицинское пособие – 16.

Сочетанные факторы роженицы и медицинского персонала – 11. Учитывались на наш взгляд только те факторы, которые сыграли главную роль в травматизации шейного сегмента.

Обсуждение материала. Из всех 97 новорожденных травма шейного сегмента по «материнским причинам» случилась в 37 случаев (39%); по причине «медперсонала» – 49 (50%), сочетанные факторы – 11 (11%).

Выводы: Натальную травму у новорожденного, учитывая предрасполагающие факторы, можно предупредить или даже избежать, меняя тактику ведения родов; Главную роль в формировании натальной травмы шейного сегмента позвоночника у новорожденных играют непоказанные или «активные» медицинские пособия; Пороки развития у рожениц меньше всего способствуют формированию натальной травмы шейного сегмента позвоночника у новорожденных.

И.Ф. Гарбуз

ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И СПЕЦИФИКА РЕАБИЛИТАЦИИ

*ПУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ
г. Тирасполь, Приднестровье
travorto.tir@mail.ru*

Локтевой сустав у детей является сложной анатомической структурой, в связи с чем восстановительное лечение, как после оперативного вмешательства, так и после закрытой репозиции костных отломков с транскутаной фиксацией спицами, сложен и специфичен. Реабилитация функции сустава должна начинаться как можно скорее, после снятия гипсовой повязки. Комплекс восстановительного лечения у этой группы больных зависит от времени, прошедшего с момента повреждения и характера самого повреждения. В связи с чем, восстановительное лечение условно делится на три периода: Первый период – период пребывания больной конечности в гипсовой повязке; Второй период – период после снятия гипсовой повязки (3 недели); Третий период – период начала нагрузки травмированной конечности.

Цель исследования: определить оптимальный и эффективный вариант реабилитационного лечения детей после травмы локтевого сустава.

Материалы и методы исследования – Под нашим наблюдением за последние 6 лет находились 72 детей различного возраста и пола, перенесших травму локтевого сустава, из которых: чрезмыщелковый перелом плечевой кости – 18; перелом головки мыщелка плечевой кости – 15; надмыщелковый перелом плечевой кости – 12; апофизиолиз медиального надмыщелка плечевой кости – 14; перелом шейки лучевой кости – 9; вывих костей предплечья – 14. Всем больным произведены, в зависимости от диагноза, сложные вмешательства с последующей иммобилизацией не меньше 30 дней.

В первом периоде после наложения гипсовой повязки назначалась лечебная физкультура, в виде статического напряжения мышц травмированной конечности, движения пальцами кисти и обязательно как можно больше двигать здоровой конечностью. Параллельно больные дети получали щадящий, отвлекающий массаж в виде поглаживания пальчиков травмированной конечности, рефлекторно-сегментарный массаж здоровой конечности. Эффективность реабилитации повышается

при одновременном применении и физиотерапевтических методов как тепло-, свето- и электролечение.

Второй период. После снятия гипсовой повязки и после удаления фиксаторов и контрольной рентгенографии локтевого сустава в зависимости от степени сращения начинался второй период реабилитации. Назначались щадящие лечебные упражнения, которые включали: 1. Нефорсированные сгибательно-разгибательные движения в локтевом суставе, ротационные движения предплечья, активные движения в лучезапястном суставе и движения пальчиков; 2. Поверхностный массаж мышц предплечья и плеча с максимальной защитой области локтевого сустава с последующим переходом на более глубокий массаж. Процедура всегда начинается с пальчиков и постепенно, незаметно для больного ребенка продвигается в проксимальную сторону. Лечебные упражнения должны проводиться нежно в форме игры, создавая больному ребенку положительные эмоции. 3. Параллельно больной ребенок получает теплые отвлекающие ванны на травмированный локтевой сустав; электрофорез с новокаином на локтевой сустав. Весь этот период у ребенка травмированная рука находится на косынке.

Третий период. Спустя 3 недели снимается косынка и начинается третий период восстановительного лечения, начинаются более активные движения в локтевом суставе самим ребенком под контролем методиста и до появления нежных неприятных ощущений, этой рукой больной начинает пользоваться (берет ложку, игрушку и другие нетяжелые предметы); получает массаж мышц кисти предплечья и плеча. Массаж выполняется в полном объеме начиная от разминания и кончая тонизирующим этапом массажа. Массаж выполняется в сочетании с лечебными упражнениями для локтевого сустава. Больной ребенок параллельно получает на область локтевого сустава парафиновые аппликации; электрофорез с NaCl или K₂J. Запрещается насильственное разгибание или сгибание в локтевом суставе, носить этой рукой тяжести.

Обсуждение материалов: Из всех 72 больных детей получали вышеуказанное лечение только 59 – у всех функция в локтевом суставе восстановлена в полном объеме уже через 2,5–3 месяца. 13 детей получали с первого дня форсированную разработку с тонизирующим массажем мышц конечности; парафиновые аппликации; электрофорез с раствором лидазы. На контроле через месяц объем движений в пределах 30–40 градусов. Ребенок боится врача, щадит больную руку, при попытке определить объем движений в суставе определяется стойкая психогенная сгибательно-разгибательная контрактура. Произведена коррекция реабилитационного лечения. 4 больных выполнили рекомендации и спустя 4 месяца функция восстановлена на 85–90%; 9 больных, которые лечились собственным способом, пренебрегая педиатрической спецификой, функция восстановлена полностью спустя 6 месяцев у 6 больных и у троих сгибание до 45 градусов, разгибание до 170 градусов.

Выводы:

1. В отличие от взрослых, детский организм не переносит насилия при разработке функций суставов, что необходимо учитывать при назначении реабилитационного лечения.

2. Необходимо считаться и с психоэмоциональным фактором ребенка, который играет первостепенную роль при восстановлении функции сустава.

3. Разработка функции локтевого сустава должна быть щадящей, нежной, дозированной лучше всего в форме игры.

4. После каждой разработки необходимо показать маленькому пациенту её результативность.

В.Ф. Гуменный, И.Ф. Гарбуз

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА КЛЮЧИЦЫ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ

г. Тирасполь, Приднестровье

ГУ «Рыбницкая ЦРБ»

г. Рыбница, Приднестровье

travorto.tir@mail.ru

Из данных статистики известно, что количество осложнений и неудовлетворительных результатов лечения, при этом виде травм, остается высокими от 5,7-25,3% случаев.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения переломов ключицы путем выявления и предупреждения основных причин ошибок и осложнений при остеосинтезе.

Материалы и методы исследования. Материалом нашей работы послужил анализ историй болезней двадцати шести больных за период 2016–2019 гг., которые лечились в травматологическом отделении. Среди них мужчин – 18 человек (69,2%), лиц женского пола – 2 человека (7,7%), детей – 5 человек (19,2 %). Возраст больных варьировал от 9 до 56 лет. Анализ анамнеза операций и их места выполнения выявили следующее: большинство из них оперированы в отделении травматологии – 21 больной, в других районах нашей республики и ближнего зарубежья – 4 больных. По нозологии материал представлен следующим образом: неправильно срастающиеся переломы – у 6 больных (23,7%), несросшийся перелом обнаружен в 1 случае (3,8%), ложные суставы отмечены у – 2 больных (7,6%), остеомиелит у 1 больного (3,8%) (все больные с осложнениями оперированы в ближнем зарубежье).

По виду первичных оперативных вмешательств мы выявили следующее:

– Интрамедуллярный остеосинтез спицей и серкляжной проволокой – в 18 (69,2%) случаях, из них выявили: неправильно срастающиеся переломы – 6 случаев (33,3%); несросшиеся переломы – 1 случай (5,5%); ложные суставы – 2 случая (11,1%); остеомиелиты – 1 случай (5,5%).

– Накостный остеосинтез пластиной (DCP, LC-DCP) – применялся у 5 больных, осложнений не наблюдалось.

Результаты. В процессе анализа ошибок и осложнений после остеосинтеза ключицы, мы выявили следующие моменты остеосинтеза ключицы, которые, несомненно, повлияли на их результаты.

Применение только одной спицы или с комбинацией серкляжной проволокой при остеосинтезе переломов ключицы не обеспечивает жесткой фиксации отломков и после операций невозможно полностью исключить их микро подвижность,

что приводит к следующим последствиям: остается диастаз между отломками; остается угловая деформация спицы, вследствие микро подвижности или физической нагрузки приводит к искривлению ключицы; миграция спицы, которая вызывает боли и прорезывание кожного покрова; длительная иммобилизация верхней конечности на стороне перелома, удлинняет сроки нетрудоспособности больного;

Остеосинтез накостной пластиной переломов ключицы дает хорошие результаты, но относительно травматичен. К недостаткам относятся: обширное обнажение места переломов; отслойка надкостницы ключицы по всей длине накостной пластины, которая нарушает трофику и снижает стойкость костной ткани к инфекциям.

Выводы. Большое количество послеоперационных осложнений, способствует поискам новых методов остеосинтеза переломов ключиц или модернизации часто применяемых способов фиксации переломов ключицы.

В отделении травматологии применяется комбинированный метод с применением интрамедуллярного остеосинтеза ключицы спицей Илизарова с дополнительной фиксацией проксимального и дистального конца перелома металлическими шурупами с промежуточной фиксацией металлической проволокой.

Преимущество метода:

1. Достигается хорошая стабильность перелома.
2. Технически прост при выполнении операции.
3. Малая травматичность надкостницы, минимальное нарушение трофики костной ткани при образовании костной мозоли.
4. Ранняя функция конечности.

И.Ф. Гарбуз, В.М. Мунтян, Е.Н. Швец, Е.Л. Коляда

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОЛИТРАВМОЙ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ

ГУ РКБ, отделение смешанной травмы

г. Тирасполь, Приднестровье

travorto.tir@mail.ru

В последнее время резко возрос детский травматизм, и в частности, детский политравматизм. Множественная локализация повреждений, большая глубина и протяженность зоны повреждения, сочетание закрытых и открытых переломов конечностей с повреждениями, шок определяют большой процент осложнений, высокий уровень инвалидности и летальности среди пострадавших детей.

Цель и задачи исследования. Провести анализ эффективности этапности оказания медицинской помощи детям с политравмой как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационара.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно произвели исследование медицинской документации 34 детей с политравмой, которые получили лечение в последние 10 лет (2010–2020). Из них было 20 мальчиков и 14 девочек. Возраст колебался от 3 лет до 15. Характер кататравмы следующий: падение с высоты – 6 де-

тей; наезд автомобиля – 17; мотоциклетные травмы 7; другие виды – 4. У пострадавших детей преобладали следующие повреждения: травма черепа, перелом бедренной кости – 13; травма черепа, перелом костей голени – 8; травма черепа, повреждение органов брюшной полости – 5; травма черепа, перелом ребер, ушиб органов грудной клетка – 2; травма черепа, перелом тазовых костей – 1; травма черепа, повреждение почки – 1; повреждение позвоночника, перелом костей голени, ушиб органов брюшной полости – 2; повреждение органов брюшной полости, перелом плечевой кости, перелом костей предплечья – 2.

Всем пострадавшим детям на догоспитальном этапе проводилась противошоковая терапия в сочетании с применением иммобилизационных средств.

В приемном отделении осматривались бригадой специалистов, в состав которой входили, детский хирург, детский нейрохирург, детский травматолог, детский анестезиолог-реаниматолог и педиатр. В зависимости от доминирующего повреждения (повреждение, угрожающее жизни пострадавшего) определялась тактика дальнейшего ведения и дообследования больного. Активное хирургическое лечение параллельно с терапией шока применено у 14 больных, их которых удаление внутричерепной гематомы – 10; удаление поврежденной почки – 1; ушивание поврежденной печени – 1; удаление оторванной селезенки – 1; ПХО раны бедра, перевязка поврежденных сосудов, репозиция костных отломков бедра и фиксация стержнем – 1.

В период нахождения пострадавшего в реанимационном отделении больной наблюдался в основном реаниматологом, хирургом, нейрохирургом и травматологом.

После выхода ребенка из шокового состояния переводился в отделение, где получал комплексное лечение, и при необходимости, проводилось хирургическое лечение, в основном травматологического характера.

Из 34 больных детей, доставленных в шоковом состоянии в приемное отделение, все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

1. При оказании детям экстренной помощи с политравмой первостепенное значение имеет ранние противошоковые мероприятия, начать лечение уже на месте катастрофы.

2. Начатое лечение необходимо продолжать и во время транспортировки до лечебного учреждения.

3. Всех пострадавших детей с политравмой обязательно смотреть бригадой врачей – реаниматолог, хирург, нейрохирург, травматолог.

4. До выведения из состояния шока пострадавшие получают лечение и наблюдаются при необходимости дообследуются в отделении реанимации и интенсивной терапии бригадой врачей: реаниматолог, хирург, нейрохирург, травматолог.

5. После выведения из состояния шока больной, для дальнейшего лечения и наблюдения, переводится в специализированное отделение, где продолжает получать симптоматическое лечение и при необходимости оперативное лечение в основном поврежденных опорно-двигательного аппарата.

6. Раннее, комплексное этапное лечение детей с политравматизмом всегда завершалось выздоровлением пострадавшего ребенка.

И.Ф. Гарбуз, В.В. Цуркан, В.С. Леонтьев
ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ
В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ
г. Тирасполь, Приднестровье
Рыбницкая ЦРБ
г. Рыбница, Приднестровье
Медицинский центр «Гиптократ»
г. Тула, Россия
travorto.tir@mail.ru

Дегенеративно-дистрофические заболевания коленных суставов являются бичом человечества, заболевание, которое прогрессирует с возрастом в независимости от пола или рода занятия.

Варианты консервативного лечения деформирующего артроза коленных суставов самые разнообразные, но, к сожалению, с одним и тем же исходом. Дегенеративно-дистрофические заболевания коленных суставов медленно и постоянно прогрессируют, обратного развития почти не наблюдается. Процесс можно приостановить на короткий период или замедлить, но не излечить. Доказано, что кислород нормализует обменные процессы в суставе, имеет противовоспалительный эффект, улучшает питание тканей, стимулирует процессы регенерации.

Цель и задачи. Определить влияние введенного в полость коленного сустава кислорода на дегенеративно-дистрофические ткани полости сустава при уже развитой клиннки деформирующего артроза (гоноартроз 1, 2, 3 степени).

Материалы и методы. Провели наблюдение над 47 больными (37 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 45 до 60 лет, которые получили лечение в условиях стационара по поводу деформирующего артроза коленных суставов с выраженным болевым синдромом.

Всем больным после обследования проводилась диагностическая артроскопия с дебриджемтом полости коленного сустава с последующим введением в полость коленного сустава кислорода. Объем введенного кислорода и давление при его введении определялся индивидуально в тоже время кислород должен окутывать все элементы коленного сустава, а введенный объем не должен беспокоить пациента. Предварительно все больные консультированы аллергологом на предмет переносимости кислорода. В последующем кислород вводился в сустав через день или два в зависимости от скорости его рассасывания, через пункционную иглу, а курс лечения состоял из 7–10 сеансов. Метод введения кислорода в полость сустава крайне прост, не требует особых приспособлений, легко выполним, стерильным шприцем берется кислород из кислородной системы в нужном объеме. Параллельно эти больные находились на полупостельном режиме с легкой разгрузкой коленных суставов которую осуществляли манжеточным вытяжением за нижнюю треть голени с грузом до одного килограмма.

В процессе лечения после 3-5 сеансов введения кислорода болевой синдром резко уменьшался или исчезал, отек коленных суставов спадал, улучшалась функция коленных суставов. У части больных (17) после завершения курса лечения проводилась контрольная артроскопия. Все элементы полости коленного сустава

розовые на цвет, активизировались признаки репаративной регенерации как в дегенеративно-дистрофических измененных менисках, так и суставных поверхностях как бедра так и большеберцовой кости.

Для сравнения параллельно велись наблюдения за 17 больными с диагнозом гоноартроз, которые получали, после артроскопии и санации полости коленного сустава, в основном симптоматическое медикаментозное лечение в сочетании с физио-функциональным лечением. В контрольной группе болевой синдром уменьшился, отек коленных суставов спал, но функция не восстановилась полностью, а при контрольной артроскопии (5 больных) после завершения курса лечения артроскопическая клиника без особых изменений – мениски бледные, суставные поверхности бедра и голени без признаков репаративной регенерации.

Эффект после введение кислорода в полость сустава сохраняется до шести месяцев. Потом при необходимости можно повторить лечение.

Выводы:

1. Ведение кислорода в полость коленного сустава после артроскопической ревизии и санации положительно влияет на дегенеративно-дистрофический процесс анатомических структур коленного сустава – появляются элементы регенерации.

2. Доказательством служит – исчезает боль, уменьшается отек коленных суставов и улучшается функция коленных суставов.

3. Объективным доказательством служит появления элементов регенерации как в дегенеративно-дистрофических менисках, так и в суставных поверхностях дистального эпифиза бедра и проксимального эпифиза большеберцовой кости, что отражается клиникой невыраженной гиперемии и улучшением кровоснабжения.

4. Контрольная группа без особых клинических успехов, контрактура сохраняется в коленных суставах, артроскопически нет явных данных за улучшения анатомического и функционального статуса элементов полости коленного сустава.

И.Ф. Гарбуз, В.М. Мунтян, В.В. Величко, Е.Ю. Федорова
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА
ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ
ГУ РКБ, отделение смешанной травмы
г. Тирасполь, Приднестровье
travorto.tir@mail.ru*

Повреждение проксимальной части плечевой кости в контексте переломов костей скелета составляет 2,2–2,6 %, а среди переломов плечевой кости 65%.

После полученной травмы вышеуказанной зоны процент неудовлетворительных результатов высок и составляет около 50%. Такие результаты обусловлены замедленным сращением отломков; асептическим некрозом головки плечевой кости; контрактуры в плечевом суставе, неврологические расстройства.

Особое внимание уделялось многооскольчатым переломам, лечение которых завершалось нарушение функции плечевого сустава.

Материалы и методы. За последние пять лет наблюдали 17 больных, которые проходили лечение в отделении смешанной травмы в период 2012–2017. Средний возраст пациентов составляет 55 лет (от 40 до 71 года).

Всем больным на догоспитальном этапе была наложена иммобилизация, и были доставлены в травматологический пункт.

В условиях травматологического пункта проводилось рентгенологическое исследование: рентгенография проводилась в фасной и латеральной проекции (в осевой проекции лопатки).

Почти у всех пациентов (15) наблюдали многофрагментарные переломы (классификация Neer 1970), из которых: 2 фрагмента – 3 больных; 3 фрагмента – 7 случаев; 4 и более – 5 больных. Повреждения проксимального сегмента плечевой кости в сочетании с вывихом головки плечевой кости в исследуемую группу не включили.

У всех 17 больных попытки репозиции не было, сразу готовили для оперативного лечения.

Фиксация костных отломков проводилась в основном при помощи металлической пластины с угловой стабильностью.

Специфика оперативного лечения заключалась в очередности выполнения репозиции костных отломков и обязательной ревизии манжеточной зоны.

Техника операции: Доступ к зоне повреждения осуществляется с латеральной поверхности плечевого сустава через дельтовидную мышцу. При хорошем обзоре и после изучения формы и стояния костных отломков первым этапом репозиции – формируется проксимальный эпифиз плечевой кости (головка). Собранные фрагменты головки провизорно фиксируются спицами. Далее планируется соединение собранной головки с плечевой костью. Поле соответствующей примерки отломки расположены дистальнее головки устанавливаются в правильном положении. Примеряется металлическая пластина и начинается фиксация костных отломков от собранной головки плечевой кости, далее, зная конкретное расстояние от головки и до неповрежденной плечевой кости, фиксируется пластина к неповрежденной плечевой кости минимум на два шурупа. После всего произведенного, отломки вставляются на планируемое место и фиксируются шурупами. Проверяется прочность фиксации и анатомическая форма поврежденной зоны.

Важно, что при таких (многооскольчатых) переломах почти всегда (из 17 пострадавших у 12) повреждена манжетка ротатора, что в последующем сказывается на результате лечения, и от чего зависит и послеоперационное ведение пациента.

После завершения репозиции и фиксации костных отломков осматриваем зону манжетки, производим проверку целостности сухожилий и мышц, участвующих в функции и формировании манжетки.

Важно поврежденные структуры восстановить и придать конечности положение, которое благоприятствует восстановлению поврежденных костных и мягкотканых структур плечевого сустава – положение отведения.

Результаты: Прослежены результаты лечения с глубиной до трех лет у 10 больных, из которых функция восстановлена у 3-х; 4 больных активно пользуются конечностью и поднимают до горизонтального уровня; 3 больных пользуются конечностью, отводят до 40–50 градусов.

Выводы:

1. Многооскольчатые переломы проксимального метаэпифиза плечевой кости сложное повреждение и всегда разрушаются функционально важные анатомические структуры, которые в последствие влияют на восстановление функции плечевого сустава;

2. Репозиция костных отломков должна производиться этапным способом, на разрушая сохранившие анатомические структуры плечевого сустава;

3. После завершения репозиции и фиксации костных отломков обязательная ревизия, а при необходимости и восстановление повреждений манжетки;

4. В послеоперационном периоде придать конечности положение, которое благоприятствует для восстановления поврежденных структур – положение отведения.

А.Е. Абиленцева, Ю.В. Хомула

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА НА АМБЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

МУ «Бендерский лечебно-диагностический центр»

г. Бендеры, Приднестровье

diagnostika06@mail.ru

Проблема реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП) является актуальной в медицинском и в социальном аспекте, поскольку частота неврологических проявлений у взрослого населения достигает 80%. Выраженные клинические симптомы наблюдаются преимущественно в период наиболее активной трудовой деятельности. Обострение заболевания – одна из самых частых причин временной нетрудоспособности, ведущей к значительным экономическим потерям. Поиск эффективных реабилитационных программ один из путей решения этой проблемы. В связи с этим возникла необходимость внедрения наиболее эффективных средств нефармакологической анальгезии и миорелаксации.

Цель – проведение сравнительного анализа результативности отдельных форм Лечебной физической культуры (ЛФК) в зале с ЛФК с использованием специального оборудования: медболов, ленточных амортизаторов, тренажеров TRX среди больных различных возрастных групп с ДДЗП и индивидуальными особенностями течения заболевания. ЛФК с использованием перечисленного оборудования позволяет устранить мышечные дисбалансы и укрепить глубокие и поверхностные мышцы спины, формируя естественный мышечный корсет.

Фитбол – («fit» – оздоровление, «ball» – мяч). упругий мяч большого размера (55–75 см в диаметре), который используют для занятий ЛФК. Оздоровительный эффект занятий на фитболе схож с иппотерапией – лечением верховой ездой, что и отличает данный вид гимнастики от других лечебно-реабилитационных занятий

адаптивной физической культуры. Преимущества использования: нагрузку получают большинство групп мышц; круглая форма мяча позволяет выполнять упражнения с большей амплитудой, для удержания равновесия мышцы постоянно находятся в напряжении. Пациенты с лишним весом, варикозным расширением вен, поврежденными голеностопами и коленными суставами могут заниматься фитбол-гимнастикой за счет формы мяча, благодаря которой снижается нагрузка на нижние конечности.

Использование ленточных амортизаторов активизирует более слабые мышечные группы, чередуя выполнение динамических и статических упражнений. Врач имеет возможность проследить за тем, чтобы в выполнении движения не участвовали другие, более сильные мышечные группы. Формируется правильный двигательный паттерн у пациента, не прилагая больших усилий.

Петли TRX функциональный тренажер представляет собой систематизированную методику упражнений с весом собственного тела, с помощью которой пациенты различного уровня подготовки, могут пройти реабилитацию, восстановить и повысить функциональные возможности.

Результаты исследования основаны на наблюдении за 45 пациентами в течение 6 месяцев, с различными клиническими проявлениями ДДЗП в возрасте от 30 до 50 лет. Занятия проводились 3 раза в неделю длительностью 45 минут. Из них 15 пациентов проходили занятия ЛФК с указанным оборудованием (группа 1), 15 пациентов без использования оборудования (группа 2), группа 3 только медикаментозное лечение и физиотерапия. Учитывались индивидуальные особенности течения заболевания. Применяли инструментальные методы обследования: рентгенография по необходимости, МРТ позвоночника, электронейромиография, проводили консультации и дополнительные обследования у специалистов других профилей с целью выявления возможных противопоказаний. Моделью конечного результата служил регресс вертеброневрологической симптоматики, ликвидация мышечных дисбалансов, увеличение силовой выносливости паравертебральных мышц, увеличение подвижности позвоночника.

В результате завершения курсов ЛФК получили следующие результаты. Регресс клинической вертеброневрологической симптоматики в группе 1 наступал к концу 3-й недели в 96,9%, в группе 2 к концу 5-й недели в 93,3%, прирост показателей силовой выносливости паравертебральных мышц в 1-й группе к концу курса лечения в среднем превышал на 28,7% аналогичный показатель 2-й группы. В группе 3 наблюдалось временное улучшение с повторным обращением к неврологу. Клинико-неврологическое исследование пациентов к концу курса лечения показало уменьшение или полную редукцию рефлекторного мышечно-тонического синдрома, увеличение двигательных возможностей пациентов, уменьшение функциональных осаночных изменений, оптимизацию двигательного стереотипа.

Таким образом, максимальное использование ЛФК у больных с ДДПП в комплексе восстановительно-реабилитационных мероприятий необходимо с целью более полного и устойчивого восстановления трудоспособности, достижения более продолжительных ремиссий. ЛФК с использованием медицинского оборудования показало наиболее эффективный результат восстановительного лечения.

С.В. Окушко, А.И. Кирпий

БОЛЬ В СПИНЕ. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ
ГУ РГИВОВ, отделение неврологии
г. Тирасполь, Приднестровье
oksvvl@mail.ru

В настоящее время хронические боли в спине являются одной из самых частых жалоб, в основном, среди трудоспособного населения, поэтому стали не только медицинской, но и социальной проблемой. Боли в спине ухудшают качество жизни, ограничивают двигательную активность и негативно влияют на эмоциональное состояние человека.

Медикаментозная терапия является первым этапом лечения, однако обычно избавляет от проблемы на короткий срок, в то время как комплексный реабилитационный подход, учитывающий все патофизиологические нюансы заболевания, ставит своей целью и способен избавить от боли на длительное время, улучшить общее состояние пациента и предотвратить вторичные осложнения патологии. Имеется множество причин, приводящих к возникновению болей в спине. Это может быть физическая перегрузка мышц спины, сколиоз, грыжи межпозвонковых дисков, реже – опухоли или инфекции тканей позвоночника.

Цель работы: использование основных методик мышечного тестирования для пациентов с длительным болевым синдромом в спине различной локализации и разработка индивидуальной программы реабилитации поэтапного лечения.

Материал и методы исследования: применение методики прикладной **кинезиологии** – мануальное мышечное тестирование, которое базируется на том факте, что нервная система изменяет тонус различных мышц, реагируя на дисбаланс в работе внутренних органов или систем.

В ходе мышечного тестирования проводится оценка функциональных способностей мышцы (сопротивление внешнему воздействию, адаптация и т.д.). Проверяются функциональные способности, какой именно мышцы являются ослабленными, с определением источника дисбаланса. Правила применения мышечного тестирования дают точную и четкую картину состояния болевого синдрома с диагностикой расположения мышцы для тестирования, проведением воздействия на нее, регулировкой силы давления, длительностью воздействия на мышцу при тестировании и др. Для применения техники мышечного тестирования требуются основательные знания в области анатомии и физиологии человека.

Мышечная система как система, которая находится в балансе за счет того, что часть элементов находится в относительно постоянном сжатии, а часть – в натяжении (мышечные группы синергистов и антагонистов). Элементы взаимосвязаны: если воздействовать на один элемент, сразу реагируют все. Изменяясь, система все равно стремится сохранить свою целостность. Она называется тенсегрити. **Тенсегрити** – термин, взятый из архитектуры, подразумевает структуры, объединяющие натяжение и сжатие и в которых элементы натяжения определяют целостность структуры, а элементы сжатия представляют собой островки в море непрерывного натяжения.

Новый подход в понимании и применении в вопросах реабилитации у больных с длительным болевым синдромом, позволит улучшить, а возможно укоротить выраженность болей в спине.

В итоге разработанный курс лечения, наилучшим образом подойдет для конкретного пациента. Достаточно эффективен будет контроль хода лечения с возможностью своевременно вносить корректировки. Таким образом, методы кинезиологии представляют собой комплекс мер по диагностике и лечению.

В.В. Цуркан, И.Ф. Гарбуз

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ

г. Тирасполь, Приднестровье

ГУ «Рыбницкая ЦРБ»

г. Рыбница, Приднестровье

travorto.tir@mail.ru

Деформирующий артроз или остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа полиэтиологических хронических дегенеративно - дистрофических заболеваний со сходными проявлениями и исходом; в основе ОА лежит поражение всех компонентов сустава: начиная с хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и околосуставных мышц.

Остеоартроз является следствием нарушений нормальных процессов синтеза и деградации в хондроцитах, матриксе суставного хряща, а также в субхондральной кости, развивающихся под влиянием механических и биологических факторов.

В многочисленных исследованиях показано, что больные с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов составляют от 6,4% до 15% всех ортопедических пациентов; до половины из них относятся к лицам трудоспособного возраста.

Основные причины и трудности в лечении деформирующего артроза: Заболевание полиэтиологично; генетически предрасположено; неуклонное прогрессирующее; увеличение частоты с возрастом; полиморбидность пациента; полипрагматизация; межлекарственные взаимодействия.

Цель работы: Улучшения качества жизни больным с деформирующим артрозом в начальных стадиях.

Основные задачи: Уменьшить или снять болевой синдром; увеличение объёма движений в суставах; повышения жизненной активности; замедление прогрессирования заболевания.

Основные методы лечения деформирующего артроза в начальных стадиях: немедикаментозная терапия; медикаментозная терапия. При выборе метода необходимо учитывать общие факторы, такие как возраст, пол, сопутствующие заболевания; частные факторы: ожирение, степень физической активности, механические нагрузки на сустав; интенсивность боли, наличие воспаления и стадия заболевания.

Общие принципы лечения деформирующего артроза: в первой стадии заболевания немедикаментозное лечение которое заключается в **обучении больного** как себя вести при такой стадии заболевания суставов, снижение веса, щадящий режим для суставов (не стоять долго на ногах, не носить тяжести, исключить подъем и спуск по лестницы, исключит положение с упором на коленные суставы и на корточки. **Разгрузка суставов** – ходьба при помощи трости или костылей, применение дисциплинарных бандажей или дисциплинарных ортезов. **Физиотерапия** – магнитотерапия, сухое тепло на заинтересованную зону, чрезкожную электростимуляцию, грязевые аппликации, массаж заинтересованной конечности. **Биопсихосоциальный** подход к лечению: немедикаментозная терапия, образование, информативность пациента.

При второй стадии заболевания кроме выше указанного назначается медикаментозная терапия, где есть определенные трудности – этиологического лечения нет, есть отчасти патогенетическое лечение, есть симптоматическое лечение.

Медикаментозная терапия делится на быстродействующая лечение и медленодействующее лечение и в данном случае пользуемся алгоритмом лечение деформирующего артроза по ESCEO 2014 года.

1 шаг. Базовая терапия: Парацетамол на регулярной основе; Длительное применение глюкозамина сульфат или хондроитина сульфат иногда вместе в парацетамолом. При сохранении симптомов НПВП, капсикам.

2 шаг. Фармакотерапия при сохраняющихся симптомах деформирующего артроза. Продолжительные курсы НПВП, препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно, глюкокортикоиды внутрисуставно.

3 шаг. Последние попытки фармакотерапии. Трамадол, дилоксетин

4 шаг. Хирургическое лечение – эндопротезирование.

При лечении деформирующего артроза особенно в начальных стадиях в каждом конкретном случае выбор рациональной терапии определяется различными показателями, в частности сравнительной эффективностью и безопасностью вмешательства, предикторами ответа на проводимую терапию, темпами рентгенологического прогрессирования, параметрами, влияющими на прогноз, психологическими факторами, механизмами боли, социализацией, балансом риска и пользы и доступностью препаратов.

Д.Д. Добров

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЬШИХ ДЕФЕКТАХ СВОДА ЧЕРЕПА, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ОБОРУДОВАННОЙ ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИЕЙ

*ГУ «Республиканская клиническая больница», отделение нейрохирургии
г. Тирасполь, Приднестровье
dobrov83@list.ru*

В настоящее время использование современных методов нейровизуализации, комплексной адекватной нейрореанимационной интенсивной терапии, позволили снизить летальность при тяжелых черепно-мозговых травмах, опухолях головного мозга, но не уменьшает численность пациентов с посттрепанационными дефектами черепа. Несмотря на долгую историю изучения, на данный момент проблема выбора способа восстановления целостности черепа после резекционных трепанаций, удаления объемных образований, поражающих кости свода и основания черепа по-прежнему актуальна. Нарушение герметичности черепа приводит к формированию нового патологического состояния – «синдром трепанированного черепа». Неспособность посттрепанационного дефекта самопроизвольно восстанавливать костную ткань, функциональные и органические расстройства, возникающие у пациентов, служат причинами для проведения краниопластики.

Целью нашего исследования является улучшение результатов хирургического лечения пациентов со сложными дефектами черепа, уменьшение степени инвалидизации путем внедрения реконструктивных операций с установкой импланта для краниопластики, используя современные биотехнологичные материалы, применяя трехмерное компьютерное моделирование.

В данной статье предоставлен клинический опыт Республиканской клинической больницы г. Тирасполь.

В РКБ за 2020 год было выполнено семь реконструктивных операций с установкой импланта созданного с использованием 3D печати. На амбулаторном этапе пациенты проходили компьютерную томографию (КТ) головного мозга, с обязательной обработкой КТ – сканов в костном режиме, толщина среза не более 1,0 мм. Полученные данные пациента записывались на электронный носитель и передавались изготовителю 3D импланта. Далее процесс изготовления импланта происходил по следующему алгоритму.

Файлы нейровизуализации (КТ) из формата DICOM обрабатывались в 3D программных средах, такие как, SOLIDWORKS (SW), 3DMax, Zbrush, с последующим преобразованием в формат Autodesk для 3D принтеров.

Полученные модели черепа с костными дефектами распечатывались на 3D принтере.



Рис. 1. Изготовление макета импланта из воска

Пациент 30 лет состояние после тяжелой ЗЧМТ. Удаления острых эпидуральных гематом лобной области с 2-х сторон.

По имеющейся модели черепа с использованием модельного воска формируется слепок с костного дефекта. Далее изготавливаются две половинки пресс-формы, на основе спроектированной из воска модели импланта. Точность изготовления пресс-формы 1 мм.

После чего в созданную пресс-форму заливается био-цемент типа полиметилметакрилат. Точность изготовления пресс-формы 1 мм.

Изготовление импланта из биоцемента на основе полиметилметакрилата. Точность изготовления импланта 1,5 мм.

Готовый имплант позволяет хирургам заранее приготовления, тем самым сократить время продумать ход операции. Они наглядно могут наблюдать пациента на операционном столе увидеть масштабы дефекта, выполнить необходимые предоперационное планирование.

Завершающим этапом предоперационного импланта является его стерилизация в клинике.

Выводы. Краниопластика методом компьютерного 3D моделирования позволяет выполнить закрытие дефектов костей черепа любых размеров и конфигураций, а в послеоперационном периоде достигаются лучшие косметические и функциональные результаты, так как спроектированный 3D имплант максимально идентичен контурам костного дефекта. Изготовление импланта происходит до начала операции, таким образом, значительно сокращается длительность оперативного вмешательства, снижается риск инфекционных осложнений. Реконструктивные операции с использованием современных биотехнологий позволяют персонализировать каждый клинический случай, что повышает эффективность восстановления и лечения, а также обеспечивает уверенность пациента в индивидуальном подходе врача к конкретному случаю. Установленные импланты из полиметилметакрилата по технологии трехмерного компьютерного моделирования полностью восстанавливают целостность и форму черепа. А использование метода изготовления слепков позволяет проводить данный вид операции даже в клиниках не имеющих специализированного оборудования.

А.Г. Кравцова, М.А. Мельникова, Н.Н. Ячикова

НЕКОТОРЫЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ АКЦЕНТЫ, УЛУЧШАЮЩИЕ КАЧЕСТВО ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии
г. Тирасполь, Приднестровье
med.fac.pediatrics@mail.ru*

Актуальность: Что же улучшает качество обучения студентов при дистанционном обучении? По мнению авторов этой публикации, и согласно анализу российских и зарубежных участников педагогического процесса в Высшей Медицинской Школе – это мотивация и вовлеченность студентов. За два истекших года мы были вынуждены почти на всех кафедрах перейти на он-лайн обучение. Сегодня возникают совершенно новые вызовы и уникальные проблемы по сравнению с традиционными очными занятиями, когда студент находится перед нами в аудитории, а не в маленьком окне виде камеры. Если нет личного общения, то легко теряются связи, даже меняются смыслы сказанного, иначе воспринимается преподаватель и многое другое, на что мы опираемся в очном формате обучения в аудитории или у постели больного. И что самое важное, в дистанционном формате общения не должна утратиться эффективность учебного процесса, качество передачи опыта, знаний от учителя ученику, не должно страдать развитие клинического мышления, творческого мышления, профессиональных компетенций.

Цель в представленном докладе на конференции и в тезисах мы хотим обратить внимание профессорско-преподавательский состав медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко на необходимость в условиях «новой нормальности» внедрять, изыскивать новые, универсальные, а иногда и уникальные дидактические и психологические методы для поддержания и вовлечение студентов в обучающийся процессе, аналогов которому мы ещё не имели до пандемии COVID-19.

Пандемия COVID-19 явилась серьезным вызовом не только для практического здравоохранения всего мира и Приднестровья, но и вынудила переосмыслить традиционные подходы к образованию в ВУЗах. Немыслимо ещё совсем недавно, чтобы преподавание клинических дисциплин велось в дистанционном формате в медицинском вузе, и что профессорско-преподавательский состав будет вынужден в полной мере осваивать дистанционные средств обучения из-за необходимости самоизоляции в условиях пандемии COVID-19. Медицинское образование не может быть заочным. Эта фраза является основой для понимания образовательного процесса в Высшей Медицинской Школе и до сих пор было неотъемлемым условием обучения на клинических кафедрах, практических дисциплин. На первый взгляд, это совершенно четко регламентирует организацию образовательного процесса как очного обучения. С чем же мы в итоге столкнулись во время пандемии COVID-19, и как нам удалось изменить некоторые правила, при этом, не снизив уровень подготовки студентов?

Важные принципы, позволяющие поддерживать высокий уровень дистанционного обучения: а) поддержание и стимулирование активности и мотивации студентов, которая помогает вспомнить и продемонстрировать существующие знания;

б) наша с Вами, преподавателями, подача и демонстрация по изучаемой теме;
в) обязательное поддержание обратной связи по знаниям и навыкам студентов;

г) внедрение полученных навыков в практику.

Очень затруднительно реализовать последние два принципа в условиях дистанционного обучения. А, следовательно, здесь нас выручает подход с использованием манекенов – симулированных и стандартизированных пациентов, что является обязательным для освоения медицинских компетенций. Таким образом, в рамках современного оснащения симуляционных кабинетов на кафедрах медицинского факультета позволяет нам реализовать такой подход, соблюдая противоэпидемические мероприятия, рекомендованные МЗ ПМР.

В педагогическом процессе в Высшей Медицинской Школе не существует универсальных формул, как «правильно» провести занятие, подать, раскрыть учебный материал. Ведь, каждая группа, курс, студент различаются. На мотивацию студентов и их отношение к учебе влияет множество факторов, включая их базовую познавательную мотивацию, мотивацию достижения и саморазвития, уверенность в себе, сознательность и настойчивость.

Для осуществления и поддержания качественного учебного процесса на медицинском факультете нами применялись интернет технологии на базе платформы – Образовательный Портал «Электронный Университет ПГУ», где размещаются материалы к занятиям и внеаудиторной работы. Для поддержания столь важной обратной связи, как в очном, так и в онлайн-обучении нами использовались консультации вне учебное время чрез интернет технологии – почта, Skype, ZOOM.

На что нужно делать акценты, чтобы укреплять мотивацию студентов в онлайн обучении, поддерживая интеллектуальную активность, и поддерживать необходимый уровень освоения дисциплины:

1. Поощряйте вовлеченность и активное участие.
2. Внутренняя мотивация держится на чувстве компетентности.
3. Поддерживайте потребность в автономии и свободе.
4. Обеспечьте своевременную обратную связь
5. Давайте конструктивную и персонализированную обратную связь о выполнении задания.
6. Обеспечьте легкий доступ к учебным ресурсам.

Готовьте интересные лекции, организуйте эмоциональные и увлекательные дискуссии, связывайте материал курса с реальной жизнью, и вы увидите, что все больше студентов будут вовлекаться в учебный процесс и не сдаваться в случае трудностей.

Выводы:

1. Медицинский факультет ПГУ им. Т.Г. Шевченко смог в короткие сроки, с начала пандемии COVID-19, внедрить и освоить повсеместно своевременные обучающие платформы для качественного дистанционного обучения.

2. Анализ успеваемости студентов за последние 5 лет не выявил значимых различий, что может свидетельствовать о поддержании педагогического процесса на достаточно высоком уровне, не смотря на дистанционный формат обучения в последние 1,5 года.

ФАКТОРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

ПГУ им. Шевченко, кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии.

Консультативно-диагностическая поликлиника РЦ МиР

г. Тирасполь, Приднестровье

Роды являются завершающим этапом беременности. От их течения и ведения во многом зависит исход для матери и плода. В современном акушерстве главным направлением является переход от активной тактики ведения родов к более динамичной и естественной.

Цели и задачи: оценить значение интранатальных факторов в перинатальной патологии доношенных новорожденных.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ течения, ведения и исходов срочных родов у беременных, родоразрешившихся в Республиканском Центре матери и ребенка г. Тирасполя за 2020–2021 годы. Проанализировано 190 историй срочных родов.

Критерии отбора: срок гестации 37 недель и более, одноплодная беременность, головное предлежание, отсутствие показаний для оперативного родоразрешения.

Критерии исключения: тяжелая экстрагенитальная патология, многоплодная беременность, тяжелые гестозы, декомпенсированная хроническая плацентарная недостаточность, резус-конфликт, неправильное членорасположение плода. В процессе анализа исследуемая группа была разделена на 4 подгруппы в зависимости от исхода родов для новорожденных. В первую подгруппу вошли здоровые новорожденные (88 детей). Во вторую новорожденные с гипербилирубинемией (21 ребенок). Третью подгруппу составили новорожденные с родовыми травмами (16), в том числе 12 новорожденных с кефалогематомами, 4 новорожденных со спинальными травмами и двое с переломами ключицы. В четвертую группу вошли новорожденные с гипоксическими поражениями центральной нервной системы (63), в том числе у 47 диагностирована гипоксия легкой степени и у 6 – асфиксия новорожденных средней и тяжелой степени, требующая реабилитации в отделении интенсивной терапии.

Метод исследования: клинико-статистический анализ. По возрасту, паритету, сопутствующей патологии и сроку родоразрешения все подгруппы сопоставимы.

Результаты и обсуждения: При данной беременности осложненное ее течение зарегистрировано у 2/3 женщин каждой подгруппы. Наиболее часто отмечались: угроза прерывания беременности, гестозы, хроническая плацентарная недостаточность, гестационный пиелонефрит, анемия. Эти гестационные осложнения с одинаковой частотой наблюдались во всех подгруппах. В подгруппах с билирубинемией, травмами новорожденных и асфиксией патологии плодного пузыря, а именно раннее отхождение околоплодных вод, встречались чаще, чем в подгруппе здоровых новорожденных, – соответственно в 1,2; 2,2 и 2,9 раза. В этих подгруппах обвитие пуповиной встречались чаще чем в 1,2; 1,3 и 1,5 раза, а тугое обвитие пуповиной в 7,8; 4,1 и 3,5 раза соответственно. В подгруппах здоровых новорожденных, роды велись значительно менее «агрессивно», чем в остальных подгруппах.

Так, индукция родов предпринималась в подгруппах новорожденных с хронической внутриутробной гипоксией плода (27–9,5%). В подгруппе с травмами новорожденных в два раза чаще предпринималось родоусиление с подгруппой здоровых новорожденных. Анализ наших данных позволяет отметить, что в 27 (15%) случаях акушерская патология при беременности и в родах сочеталась с асфиксией и травмами новорожденных. Часто сочетались различные, перечисленные нами группы факторов. Отмеченные обстоятельства позволяют думать, что воздействие патогенных факторов происходит как непосредственно на плод, так и опосредовано через плаценту, что чаще и приводит к тяжелым нарушениям кровоснабжения плода. В комплексной системе лечения новорожденных значительное место занимает антигипоксическая, метаболическая терапия, покой и рациональное вскармливание, так как от правильного организованного выхаживания зависит течение адаптационного периода и прогноз дальнейшего развития новорожденных.

Выводы:

1. Существует прямая зависимость наличия этиологических факторов при беременности и рационального ведения беременности-родов.
2. Родоусиление и индукция родов увеличивают риск травматического и гипоксического повреждений центральной нервной системы новорожденных. Определение тактики ведения родов – из актуальных задач современного акушерства.
3. Для улучшения прогноза рекомендуется на акушерском этапе выявлять клинические признаки плацентарной недостаточности и корригировать их.

О.В. Лысенко, И.З. Палади

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ПМР

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра стоматологии
ГУ «Республиканский центр гигиены и эпидемиологии»
г. Тирасполь, Приднестровье*

По данным ВОЗ, более 25% населения мира заражено паразитами, из которых 80% составляют дети. В странах СНГ зарегистрировано около 65 видов паразитов, из них часто встречаются 18–20 видов. В Приднестровье по данным ГУ «РЦГиЭ» в основном зарегистрированы следующие виды паразитов: лямблии, токсоплазмоз, аскариды, острицы, власоглав, трихинеллы. В ПМР наибольшее распространение имеют нематодозы – паразитарные заболевания, вызванные круглыми червями (нематодами), передающимися фекально-оральным путем. Из всех паразитных инвазий 85–90% приходится на гельминтов и 10–15% – на протистов.

Цель: исследовать влияние факторов на динамику паразитарных инвазий у населения ПМР за период с 2009 по 2018 гг.

Материал и методы исследования: Собственные данные лабораторной диагностики и данные официального учета заболеваемости населения паразитами в ведомственной учетно-отчетной документации ГУ «РЦГиЭ» за 2009–2018 гг. В работе были использованы результаты санитарно-гельминтологических, копроовос-

копических, серологических, экспериментальных и эпидемиологических методов исследования.

Результаты и обсуждение: По данным лабораторной диагностики инвазий населения ПМР простейшими (амёбы дизентерийной, лямблии кишечной, токсоплазмы, малярийного плазмодия) за 2011–2017 гг. была показана статистика по всем районам. В Приднестровье первое место занимает инвазия лямблией кишечной и была выявлена в 98,4% случаев от общего количества инвазий. Амебиаз за период с 2011 по 2017 гг. в республике не регистрировался. По малярии зафиксирован один случай в 2013 году. Токсоплазмоз в ПМР был выявлен и составил 1,55% случаев от общего количества инвазий. Статистические данные по всем районам республики достаточно сильно различаются по основным фиксируемым инвазиям. В ПМР в основном регистрируют два вида инвазий, это лямблиоз и токсоплазмоз. Остальные виды простейших либо вообще не фиксировались, либо однократно. Наибольшие показатели инвазии лямблией кишечной показаны в более густонаселенных районах Приднестровья (Тирасполь, Бендеры, Слободзея). Токсоплазмоз по данным ГУ «РЦГЭ» выявляется единично, не имеет закономерности в зависимости от региона. Вспышка инвазии выявлена в 2014 году в Слободзее, что было связано с массовым обследованием населения, в последующие годы не фиксировались случаи токсоплазмоза. Практически все виды паразитических простейших в основном поражают детей. Среди детей по четырем видам простейших были зарегистрированы только случаи заражения лямблией кишечной (лямблиоз). На территории ПМР инвазия детей лямблиозом за 2011–2017 гг. была на высоком уровне ежегодно. В период с 2009 по 2012 гг. наблюдается достоверное снижение количества случаев нематодозов у населения. Также в 2018 году количество инвазий населения ПМР в два раза ниже чем в 2009 г. Однако, хотелось бы отметить, что это снижение показателей может быть связано со многими объективными и субъективными причинами: природно-климатические условия, уровень социально-экономического развития страны проживания, культурный и имущественный статус индивидуума, качество лабораторной диагностики и др. Уровень инвазии нематодами в ПМР составил 2% от обследованного населения, что ниже средневропейского показателя, который составляет 10–12%. При этом основную долю нематодозов составляет энтеробиоз 81% от общего количества инвазий, аскаридоз – 17%, токсокароз – 2% и трихоцефалез – 0,6%. Если рассматривать инвазии среди взрослого и детского населения показано, что у детей наблюдается в среднем 85% инвазий от общего количества зараженных. Это связано с высокой восприимчивостью детей к инвазиям, низким уровнем знаний санитарной культуры и навыков соблюдения личной гигиены детей, особенно дошкольного и младшего школьного возраста. Эти факторы качественно оказывают влияние на увеличение инвазии нематодозами. Более высокий процент инвазии у детей острицей детской, связан с большей вероятностью контакта с источниками инвазии в детских дошкольных учреждениях и школах.

Выводы: Случаи инвазии населения ПМР в последние годы уменьшились, что связано не только с улучшением эпидемической ситуации, но и с уменьшением количества диагностированных. Паразитарные инвазии фиксируются у людей любого возраста, но наиболее часто инвазии встречаются среди детей дошкольного и школьного возраста. Наиболее интенсивное распространение инвазий на

селения геогельминтами происходит в весенне-летне-осенние месяцы, что связано с природно-климатическими условиями. Показатели инвазии контактными паразитами в течение года достаточно стабильны и от сезонных климатических изменений не зависят. Паразитарные инвазии встречаются чаще у лиц, проживающих в сельской местности, что связано с более тесными контактами их с почвой, а также с различием санитарно-гигиенических условий в быту. Уровень инвазии населения ПМР ниже, чем в других ближайших государствах и составляет в среднем 2%, что обусловлено в большей степени городским населением. Наиболее подвержены данной инвазии дошкольники и школьники. При планировании, проведении мероприятий по борьбе и профилактике нематодозов необходимо учитывать основные эпидемиологические закономерности распространения этих инвазий (климатогеографическую зону, пол, возраст, санитарную культуру, тип населенного пункта).

Т.П. Чекан, Е.Г. Гольнская

ИЗ ОПЫТА ДИАГНОСТИКИ ОТОСКЛЕРОЗА

ОАО «Тираспольская физиотерапевтическая поликлиника»

г. Тирасполь, Приднестровье

tirftp@gmail.com

Несмотря на большие достижения в сурдологии, диагностика отосклероза (ОС) и реабилитация больных с этой патологией остаётся острой и актуальной. ОС – хроническое заболевание уха, связанное с изменениями структуры капсулы костного лабиринта. Это наследственная болезнь по аутосомно-доминантному типу наследования ОС болеют 0,5 до 4% населения.

Цель работы: Обоснование диагностической ценности импедансометрии в выявлении ОС.

Материалы и методы исследования: Обследования проводились на базе ОАО «Тираспольская физиотерапевтическая поликлиника» врачом лор-сурдологом. Для диагностики ОС использовались методы: общеклинический осмотр лор органов, отоскопия, акуметрия, **камертональные** тесты, тональная пороговая аудиометрия, импедансная аудиометрия – тимпанометрия и акустическая рефлексометрия.

Результаты и их обсуждение: За 6 лет (2015–2021 г.) в процессе амбулаторного приёма первично диагностировано 37 случаев ОС – 4 мужчин (11%) и 33 женщины (89%). Возраст больных – 25–68 лет, чаще всего – 30–49 лет. Больные предъявляли жалобы на снижение слуха – 31 человек (84%), шум в ушах – 35 чел. (94,6%), чаще низкочастотный, причем у нескольких человек шум был непостоянный. Кроме того, наблюдались головные боли, головокружения. Характерно, что один из традиционных признаков ОС – паракузис Виллизия (улучшение слуха в шумной обстановке) выявлен лишь у 1 человека. При отоскопии не было выявлено никаких патологических изменений. Большинство пациентов указывало на первые проявление болезни в возрасте 20–30 лет. Как возможные причины отмечали стресс, беременность, травма, работа в шуме. Генетическая предрасположенность к данному заболеванию

наблюдалась только у 5 человек (13,5%), из них – семья из с. Глиное: бабушка (68 лет), дочь (48 лет), и её сын (26 лет).

При аудиологическом обследовании больных с ОС определялась чаще II, реже I и III степени снижения слуха с двух сторон. Камертональные пробы показали отрицательные пробы Ринне и Федериче у большинства пациентов. Проба желе-положительная. Тональная аудиометрия – кривая с костно-воздушным интервалом в 20–45 дБ. Зубец Кархарта на частотах 500–3000 гц выявлен у всех пациентов с тимпанальным ОС, у остальных – костная кривая имела нисходящую форму.

У всех обследованных больных выявлена нормальная или практически нормальная тимпанограмма (тип А по Джергеру), чаще – со сниженным комплаансом, что свидетельствовало про нормальную функцию среднего уха. Акустическая ипсилатеральная рефлексометрия выявила у 26 больных (70%) наличие инвертированного (обратного по амплитуде к нормальному) рефлекса, у других отсутствие акустического рефлекса (АР). Контралатерально – у всех (100%) имело место отсутствие АР. Из общего количества больных тимпанальная форма ОС диагностирована у 22 человек (59,5%), у остальных – смешанная форма. Кохлеарной формы выявлено не было. При тимпанальной форме ОС с достаточным костно-воздушным интервалом рекомендовано хирургическое лечение, в других случаях – слухопротезирование.

Выводы:

1. Отмечается значительная частота отосклероза у женщин (89%), чем у мужчин (11%). Средний возраст начала заболевания приходится на 30–40 лет.
2. Важное значение в возникновении ОС имеет генетическая предрасположенность, а также гормональные нарушения, нарушение обмена и стрессы.
3. Аудиометрично при тимпанальном ОС имеет место характерная аудиограмма с зубцом Кархарта, импедансометрия показывает тимпанограмму типа А и инвертированный ипсилатеральный АР.
4. Классические симптомы ОС (постоянный шум, паракузис, местные знаки) далеко не всегда имеют место при обследовании больных на ОС.
5. Полезным и эффективным методом диагностики ОС на данный момент является импедансная аудиометрия: тимпанометрия и акустическая рефлексометрия.

Т.П. Чекан, Е.Г. Гольнская

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ С КОХЛЕАРНО ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ДЕТЬМИ В ПРИДНЕСТРОВЬЕ

*ОАО «Тираспольская физиотерапевтическая поликлиника»
ГОУ «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат
для незлышыащих детей г. Тирасполь»
г. Тирасполь, Приднестровье
tirftp@gmail.com*

Несмотря на значительные научные исследования, последние годы характеризуются тенденцией к росту числа людей с нарушениями слуха, обусловленными патологией внутреннего уха. Одним из перспективных методов слуховой реабили-

тации больных с тяжёлой степенью тугоухости и глухотой периферического типа является кохлеарная имплантация (КИ).

Цель: Изучение эффективности реабилитации детей-инвалидов с КИ в Приднестровье.

Материалы и методы исследования: КИ – единственный радикальный метод реабилитации пациентов с сенсоневральной глухотой. Приоритетными направлениями в проведении такой сложной работы является правильный отбор кандидатов, срок проведения операции (по принципу, чем раньше, тем лучше), профессионализм оперативного вмешательства, высокая квалификация инженеров акустиков, длительная работа с сурдопедагогами. На учёте у сурдолога центра реабилитации слуха и речи при С(к)ОШ-и для неслышащих детей г. Тирасполя с 2008 года наблюдалось 17 детей с моноауральной КИ и 1 ребёнок с бинауральной КИ. Все пациенты при поступлении имели диагноз: врожденная сенсоневральная глухота невыясненной этиологии, т.е. у всех потеря слуха произошла в долингвальном периоде. 14 детей перенесли операцию в возрасте от 1,5 до 4 лет, остальные немного позже. На сегодняшний день из ранее наблюдаемых 18 детей 11 человек постоянно проживают на территории ПМР. Все дети проходят периодическую настройку речевого процессора КИ по мету проведения оперативного вмешательства (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Кишинёв, г. Днепропетровск). Занятия с сурдопедагогом и логопедом проводятся в центре реабилитации слуха и речи. Сурдологический контроль проводится через 3-6 месяцев.

Результаты и их обсуждение: Из 11 детей, находящихся на учёте, интеграция в среду нормально слышащих с посещением общеобразовательных детских и школьных учреждений наблюдается в 7 случаях (64%). 4 человека (36%) посещают С(к)ОШ-И для неслышащих детей г. Тирасполя, речевое отделение, занимаясь по индивидуальной программе реабилитации с целью интеграции в среду нормально слышащих. Ни один ребенок не обучается в классе для глухих детей. У единственного ребенка в ПМР с бинауральной КИ отмечается восстановление порогов слухового восприятия до 20-25 дБ по отношению к порогам слышимости, т.е. обеспечена возможность практически нормального восприятия речи. У этой пациентки пороги слуха соответствуют I ст. тугоухости. Помимо обучения в общеобразовательной школе, ребенок занимается музыкой.

Все дети с моно- и бинауральной КИ расцениваются как инвалиды детства. В 18 лет они проходят переосвидетельствование.

Выводы:

1. КИ – наиболее эффективный метод реабилитации пациентов с сенсоневральной глухотой.
2. Эффективность КИ у детей с долингвальной глухотой выше при более ранней проведенной операции.
3. После оперативного вмешательства обязательно д.б. интенсивная работа по развитию слухового восприятия и разговорного языка с сурдопедагогом и логопедом.
4. Несмотря на значительные преимущества КИ, при её проведении моноаурально, нормальное слуховое восприятие не восстанавливается, так как пациент ощущает значительные трудности в сложных акустических обстановках из-за тяжёлой потери слуха на контрлатеральном ухе.

Пациенты после бинауральной КИ являются полностью реабилитированы и интегрированы в общество, что представляет собой значительное социальное и экономическое преимущество.

И.В. Гимиш, И.А. Пулбере

ВЛИЯНИЕ ЗНАНИЙ АНАТОМИИ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра стоматологии

ГУП «Республиканская стоматология»

г. Тирасполь, Приднестровье

Лечение первого моляра является важным не только как вмешательство врачом-стоматологом для сохранения жизнеспособности зуба, но и целостности зубного ряда, являясь ключом окклюзии и участвует в формировании прикуса. Многочисленные исследования специалистов различных областей медицины показывают, что не более 65% качественного эндодонтического лечения. При столкновении с повторным лечением, нам необходимо высококачественное и дорогостоящее оборудование, что также может привести к отрицательному не долгосрочному прогнозу из-за ошибок, допущенных при первичном лечении. Для повторного вмешательства часто требуется вмешательство врачей ортопедов для удаления ортопедических конструкций и хирургов для проведения оперативного вмешательства, что выводит процесс из гарантийного или страхового поля, увеличивает его дороговизну и кратковременный прогноз жизнеспособности.

Цель: продемонстрировать анатомию корневых каналов в первом пятиканальном моляре верхней челюсти, которые в источниках 90-х годов не указаны и только в 2015 г. в учебном пособии А.В. Севбитова 2%, для улучшения и предупреждения неблагоприятных исходов эндодонтического лечения.

Материал и методы исследования: клинический стоматологический приём пациентов, рентгенологические снимки, эндодонтический инструментарий и материалы, бинокляры.

Результаты и их обсуждение: по обращению пациентки, 19 лет, был установлен диагноз необратимый пульпит 1.6 и 2.6 зуба по МКБ 10 – К 04.0 на основании анамнеза, жалоб и рентгенологического обследования. Под местным инфльтрационным обезболиванием 1.6 зуба sol. Ubistesini 1.7 ml, установлена система коффердам и препарирование кариозной полости. Раскрытие пульповой камеры, визуализация устьев корневых каналов. У первых моляров верхней челюсти на дне полости зуба имеется три устья корневых каналов: медиального щечного, дистального щечного и нёбного, составляющие по данным А.В. Севбитова 2015г. 41%, 4 канала 57%. Самый хорошо проходимый канал, благодаря оптимальной ширине и длине является нёбный. Два щёчных более узкие с кривизной, что создаёт трудности в механической и медикаментозной обработке, требующие знания создания «ковровой дорожки» с чётко составленным протоколом лечения и отработанных мануальных навыков. По современным данным и широкому развитию стоматоло-

гического инструментария, внедрение в работу стоматолога увеличения стали обнаруживать четвёртый канал в 40% на пространстве СНГ и 70% дают источники региона стран Евросоюза. Анатомически канал имеет название по расположению медиальный щёчный 2, может соединяться устьями с соседним каналом либо отвлекаться отдельно как правило с меньшей длиной от основных каналов. В нашем клиническом случае мы обнаружили пятый канал и исходя из анатомического расположения называется дистальным щёчным 2. Тщательная механическая обработка алмазным бором 0,5 d и медикаментозная обработка гипохлорид 5.25, EDTA 17%, инструментарий соос Sc, позволила обнаружить под увеличением бинокуляров в 2,5x дала возможность обнаружить, качественно обработать и провести obturацию корневых каналов. Окончательное восстановление зуба состоялось во второе посещение из-за длительности эндодонтического лечения и эмоционального уставания пациентки.

При планировании лечения первого моляра с противоположной стороны, мы учли встретившуюся редкую анатомию у данного пациента, правило физиологического симметричного поражения как правило, в молодом возрасте свидетельствует об одинаковом времени воздействия поражающего фактора, генетические факторы и в результате эндодонтического вмешательства, подтвердилось и в аналогичном зубе.

Выводы: результатом качественного эндодонтического лечения многоканального первого моляра верхней челюсти с профессиональным подходом к каждому этапу лечения достигается избежание ошибок во время проведения лечения и уменьшает риск осложнений в ближайшее время, что в эндодонтии составляет в первые дни после лечения и исходы в отдалённые сроки, которые приводят к потере данного зуба в молодом возрасте.

И.А. Пулбере, И.В. Гимиш

ОСОБЕННОСТИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра стоматологии
ГУП «Республиканская стоматология»
г. Тирасполь, Приднестровье*

Особенности протезирования съёмными конструкциями у пациентов с сахарным диабетом является актуальным, в связи с растущим с каждым годом количества человек страдающим этим заболеванием. Кроме изменений общего характера, связанных с нарушением обмена веществ, снижением выработки инсулина или инсулинрезистентностью при сахарном диабете, происходит изменения и в органах и тканях полости рта, что имеет большое значение при выборе метода ортопедического лечения, а также особенности ведения данной категории пациентов.

Цель: выявить особенности съёмного протезирования у пациентов, страдающих сахарным диабетом и влияние его на качество проводимого ортопедического лечения.

Материал и методы исследования: сбор анамнеза, клинический осмотр пациента (определение состояния опорных зубов, состояние тканей пародонта и слизистой полости рта, определение глубины пародонтального кармана), изучение медицинской карты, для выявления наличия общих заболеваний, в том числе сахарного диабета.

Результаты и их обсуждение: В результате клинического приема ортопедических пациентов за 2018–2021г. Было принято больных с частичной адентией 82 человека и полной адентией 49 человек, из них около 15 % имели в анамнезе сахарный диабет с длительностью 3–5 лет, около 5% длительностью 15–20 лет. Вследствие проведенных ортопедических манипуляций были замечены некоторые особенности лечения, которые в дальнейшем учитывались и использовались при лечении других пациентов с данной патологией.

При частичной адентии, с использованием ЧППП уделяется внимание:

1. Гигиена полости рта. При несоблюдении гигиены у пациентов с сахарным диабетом вероятность развития воспалительных заболеваний слизистой оболочки и десен, а значит и вероятность потери зубов (особенно опорных зубов) возрастает.

2. Выбору опорных зубов, что требует изготовления нового протеза, так как к 3–4 году пользования протезом происходит ослабление зубодесневой связки что ведёт к расшатыванию и выпадению зубов. Это связано с повышением уровня глюкозы в крови, которое приводит к ухудшению кровообращения и питания тканей полости рта, уменьшению слюноотделения (вследствие нарушения функции околоушных слюнных желез), активному росту патогенных микроорганизмов и развитию инфекционных процессов.

3. Выбору границ протезного ложа, чтобы избежать появления травматического стоматита, так как у этой категории пациентов травмирование слизистой оболочки полости рта приводит к долго заживляющим ранам. При длительно воздействующем травмирующем факторе и присоединении инфекции, возможно образование декубитальной язвы, которая долго заживает и тяжело поддается лечению. Поэтому таким пациентам при пользовании ЧСПП или ПСПП рекомендуется даже при незначительном дискомфорте обратиться за консультацией к врачу стоматологу и в случае необходимости провести коррекцию протеза в ранние сроки во избежание осложнений.

4. Длительности пользования протезом, так как у таких пациентов процесс атрофии альвеолярного отростка происходит быстрее, чем у здорового пациента, что требует более частой замены старого протеза на новый.

5. Функциональной и психологической адаптации. При пользовании протезом возникает дискомфорт, который в норме может длиться от 10 дней до 1 месяца, связанный с этапом привыкания к протезу. У больных с сахарным диабетом может занимать 3–6 месяца.

Вывод: вследствие изучения клинических случаев у пациентов с наличием общих заболеваний, и в частности сахарного диабета, можно сделать вывод, что важно знать о наличии сопутствующей патологии, а значит уделять большее внимание сбору анамнеза и клиническому обследованию, особенно и пациентов со съёмными конструкциями, так как они требуют особого подхода к пациенту, особенностей и длительности лечения.

И.Г. Костецкая

МЕТОДИКА ПРОВЕРКИ АКТОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ И ЭКСПЕРТИЗ ПО МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТАМ

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра анатомии и общей патологии
г. Тирасполь, Приднестровье*

Регулярная и систематическая проверка копий актов является методом контроля, не смотря на то, что работа является трудоемкой. Существует несколько видов проверок. На ряду с систематической так же применяют тематическую, а именно, по отдельным разделам судебной медицины, что позволяет выявить характерные ошибки при их производстве. Так же активно применяют на практике такие методы как выборочная, перекрестная проверка актов. Однако, учитывая положительные стороны, эти методики обладают рядом недостатков и не могут заменить систематических и регулярных проверок, которые в полном объеме позволяют своевременно выявить экспертные ошибки и предотвратить судебно-следственные. Проверка копий актов обычно возложена на руководителей экспертных учреждений и их структурных подразделений. Проверка производится путем изучения всего акта. Обращается внимание на правильность его оформления, своевременно выявляя как формальные, так и фактические ошибки.

Ошибки формального характера, к ним относят пропуск отдельных граф акта; отсутствие сведений о профессии, возраст и место жительства освидетельствуемого; ограничение имени и отчества инициалами; отсутствие подписи, подтверждающей правильность изложения обстоятельств дела при проведении акушерско-гинекологической экспертизах.

Фактическими являются ошибки, допущенные как в протокольной части акта, так и в основной, в заключении (выводах) эксперта. Они могут являться результатом неправильного применения и трактовки всех диагностических методов, необходимых в процессе проведения тех или иных экспертиз; не критической оценки клинического диагноза, указанного в медицинских документах, несоответствия характера и локализации повреждений или других выводов заключения данным, изложенной в протокольной части акта; неаргументированного описания механизма повреждений и времени их возникновения или необоснованной оценки тяжести вреда здоровью, противоречащих действующим сводом «Правил».

Обязательно в данном виде работы является градация актов экспертиз по тяжести вреда здоровью: тяжкий вред, средний вред здоровью, легкий вред, половые преступления, т.е. социально наиболее опасным правонарушениям.

По окончании проверки составляется рецензия для ознакомления начальнику Бюро и при согласии последнего с ней производительным письмом с указанием сроков исправления обнаруженных ошибок направляется соответствующему эксперту.

Практикуемый метод систематической проверки актов освидетельствования живых лиц и экспертиз по медицинским документам способствует повышению их качества, своевременному и оперативному выявлению и устранению экспертных ошибок, и предотвращению судебно-следственных.

И.Г. Костецкая

РЕДКИЙ ПРИЗНАК УДАВЛЕНИЯ РУКАМИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра анатомии и общей патологии
г. Тирасполь, Приднестровье*

Удавление руками – это один из видов механической асфиксии, при котором сдавление шеи производится извне, т.е. посторонней рукой. В практике большинство судебно-медицинских экспертов рассматривают смерть от удавления руками всегда как убийство.

Классические случаи удавления руками обычно не представляют особой трудности в диагностике. При наружном исследовании трупа выявляются признаки, которые в свое время были открыты и названы авторами. Так, Ю.С. Сапожников и А.М. Гамбург называют их «видовыми», О.Х. Поркшенян – «типичными», В.М. Смолянинов – «специфическими», В.И. Прозоровский и М.И. Авдеев – «характерными», Н.В. Попов – «следами удавления руками».

Таковыми следами являются – отпечатки ногтей в виде полулунных ссадин длиной от 1 до 2 см. и отпечатки ногтевых фаланг пальцев рук в виде округлых кровоподтеков диаметром до 1-2 см, которые располагаются на передне-боковых поверхностях шеи. Однако, при сдавлении шеи потерпевшего мягкими предметами (шарф, простыня, воротник, колготки, галстук и т.д.), а также при использовании преступником перчаток перечисленные повреждения на шее могут отсутствовать. При внутреннем исследовании выявлялись кровоизлияния в подкожно-жировой клетчатке, мышцах шеи, тканях вокруг гортани и пищевода, а также в корне языка. Иногда эти кровоизлияния имеют более выраженный характер. Большинство экспертов при исследовании подобных трупов уделяют мало внимания дополнительным разрезам кожи спины, поясницы, ягодиц и бедер, так как в результате дополнительных разрезов можно получить данные, способствующие как установлению вида смерти, так и дополнительным данным обстоятельств смерти потерпевшего. Речь идет о кровоизлияниях в подкожно-жировой слой и мышцах спины в области тел лопаток, между лопатками, под лопатками, в области поясницы и ягодиц, верхней части бедер.

Типичным признаком являются переломы подъязычной кости, щитовидного хряща гортани. В таких случаях, общеасфиктические признаки смерти выражены хорошо. При очень сильном сдавлении возможны переломы нижней челюсти и зубов, особенно часто у детей. Удавление руками часто комбинируется со сдавлением груди и живота коленями. В таких случаях на вскрытии можно увидеть переломы ребер, обширные кровоизлияния в мышцах груди и брюшной стенки, повреждения внутренних органов, например, печень. Учитывая, что в большинстве случаев сдавление органов шеи – это убийство, сопровождается борьбой, поэтому при исследовании тела на разных частях можно выявить повреждения различного характера.

Очень редким признаком при удавлении руками является перелом перстневидного хряща. Это можно объяснить тем, что он, в какой – то степени защищен щитовидным. Описано два случая у Гофмана двойного перелома перстневидного хряща.

Пример из практики тройного перелома перстневидного хряща.

28.11.1978 г. в реке Реут Теленештского района, был обнаружен труп неизвестного мужчины с признаками насильственной смерти. Судебно-медицинским исследованием трупа установлены множественные колотые раны грудной клетки в области сердца, правой ягодицы, ссадины на груди и живота, «видовые» признаки смерти от удавления руками, переломы больших рожков подъязычной кости в местах прикрепления их к телу, обширные темно-красные сочные кровоизлияния в мягкие ткани шеи, спины и поясницы, общеасфиктические признаки смерти. После препарирования мягких тканей шеи обнаружен тройной перелом перстневидного хряща. Два перелома расположены в области дуги хряща слева и справа от срединной линии. Линии переломов строго поперечные, ровные, слегка кровоподтечные. Третий перелом расположен в области пластинки перстневидного хряща, левее срединной линии на 0,2 см. Линия перелома поперечная, ровная.

В процессе расследования было установлено, что смерть гр. Д наступила в результате сдавливания шеи руками. При этом потерпевший лежал на спине, нападающий упирался коленями в грудь жертвы и сдавливал руками шею двумя руками, преимущественно в передне-заднем направлении.

И.Г. Костецкая

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра анатомии и общей патологии
г. Тирасполь, Приднестровье*

В данной работе приведены сравнительные данные описания различных степеней полового развития.

Степень физического и полового развития устанавливается по антропометрическим, соматоскопическим, соматометрическим, лабораторным данным. Антропометрические материалы, указывающие о достижении половой зрелости у девушек, приведены в «Правилах судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» от 07.01.1966 г. Степень полового развития девушек устанавливается по состоянию менструальной функции и выраженности вторичных половых признаков (развитие молочных желез, оволосение на лобке и в подмышечных впадинах), а также по степени гормональной стимуляции путем кольпоцитологических исследований влагалищного мазка.

При составлении заключения о не достижении половой зрелости из-за недостаточного полового развития, как правило, пользуются характеристикой состояния менструальной функции и вторичных половых признаков.

Состояния менструальной функции и вторичных половых признаков:

1. Состояние менструальной функции – отсутствие менструации; менархе в момент обследования; нерегулярные менструации; регулярные менструации.

2. Развитие молочных желез – железы не выдаются, сосок выступает; железы выдаются, образуя с соском конус; железы значительно выделяются; тело желез округлой (полушаровидной, конусовидной) формы, сосок выступает.

3. Выраженность оволосения на лобке – отсутствие волос; единичные волосы; густые волосы в центре лобка; густые волосы по всей области лобка (в форме треугольника).

4. Выраженность оволосения в подмышечных областях – отсутствие волос; единичные волосы; густые волосы в центре области; густые волосы по всей подмышечной области.

При оформлении заключения о не достижения половой зрелости необходимо мотивировать указание на степень недостаточной выраженности отдельных признаков полового развития.

Что говорит о половом развитии при экспертизе о половой зрелости – это следующие признаки: регулярные менструации (установившийся цикл); молочные железы округлой формы с выступающим соском; густые волосы по всему треугольнику лобка и по всей подмышечной области; результаты кольпоцитологических исследований о достаточной степени гормональной стимуляции.

Следует учитывать, что недостижение половой зрелости может быть следствием недостаточного полового развития (даже при достаточном физическом) и при достаточном половом развитии из-за недостаточного физического развития, а именно таза.

Как говорилось выше, в судебно-медицинской практике встречаются случаи несоответствия наступления половой зрелости возрасту. Это возможны варианты физиологического развития у данного лица. Именно в таких сложных или сомнительных случаях проводят судебно-медицинскую экспертизу, например, при внешне достаточно выраженном физическом и половом развитии в 15 летнем возрасте или наоборот, при сомнении в достижении половой зрелости в 16–17 лет.

**Ю.С. Паскалов, А.А. Ботезату, В.А. Бурлак, А.М. Коцюруба,
В.В. Думанский, Д.А. Бутеску**

ЭХОСКОПИЧЕСКАЯ И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ СТРУКТУР У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра хирургических болезней
г. Тирасполь, Приднестровье
yurik_88_1988@mail.ru*

Введение: Грыжесечение и герниопластика пахового канала является самой часто выполняемой операцией среди хирургов общей практики, достигая в общем объеме грыж живота 80% (А.В. Черных и соавт., 2014 г.), а методик гериниопластик насчитывают более 350. Частота рецидивов в специализированных герниологических центрах достигает 5%, а в общехирургических отделениях 28,5%, при этом 30% рецидивов возникают в старшей возрастной группе. На ряду с аллопластическими атензионными методами лечения паховых грыж по прежнему сохраняют свои позиции аутопластические методы как Бассини, с рецидивом до 28% (Алиев С.А. и соавт., 2010 г.); Шолдайса с количеством рецидива спустя 10 лет после операции дости-

гающие 10% (F. Kocherling et al., 2014 г.). Причинами этого являются: игнорирование топографических и морфофункциональных особенностей пахового канала. Сравнительная оценка эхоскопических и интраоперационных данных позволяет индивидуализировать выбор способа герниопластики (В.С. Новицкая и соавт., 2017 г.). На наш взгляд в основе выбора метода паховой герниопластики должна лежать дооперационная функциональная оценка состояния мышечных структур паховой области (УЗИ) и сопоставление данных во время оперативного вмешательства, что позволит снизить процент рецидива грыжи, а также выбрать функционально обоснованную методику герниопластики.

Цель исследования: оценить и сопоставить эхоскопические и интраоперационные данные мышечно-апоневротических структур у больных с паховыми грыжами.

Материалы и методы: на протяжении 2017-2021 гг. на базе хирургического отделения ГУ РКБ г. Тирасполя выполнено эхоскопическое исследование мышечно-апоневротических структур паховых областей у 89 больных поверхностным – линейным датчиком 8,0 МГц аппаратом Siemens Acuson NX 3 в В-режиме. Среди них мужчин 87 (97,4 %) и женщин 2 (2,6 %). Средний возраст обследованных составил 54,9±1,6 лет. Все пациенты были разделены на две группы: основная – 79 (87,2 %) пациента с паховой грыжей и контрольная группа – 10 (12,8%) пациентов без грыж. При исследовании определяли: толщину прямой и группы боковых мышц живота (билатерально) при полном покое и при выполнении функциональной пробы, высоту пахового канала и диаметр глубокого пахового кольца. А также определяли отдельный пучок внутренней косой мышцы участвующие в формировании передней стенки пахового канала (А.С. Обысова и соавт., 1950 г.), данная мышца существует не менее чем у 74% больных. Статистический анализ проводился программой Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение: эхоскопически нами доказано, что средняя толщина прямых мышц основной группы меньше на 13,7% чем у контрольной, толщина группы боковых мышц основной группы меньше на 14,5%. Функциональная нагрузка (сокращение брюшного пресса) улучшает достоверность результатов до 19,5% для прямых мышц и до 19,3% для группы боковых мышц. Высота пахового промежутка больных основной группы на стороне грыжи в среднем на 46,8% выше, чем на здоровой стороне, а по сравнению с пациентами контрольной группы выше на 57,7%. Диаметр глубокого пахового кольца на патологической стороне на 51,9% шире, чем на здоровой стороне, с пациентами контрольной группы различия увеличиваются до 63,9%.

Согласно классификации Nyhus в основной группе больных, при Nyhus IIIA и Nyhus IIIB снижена эхоскопическая толщина прямой мышцы на 12% и 16,8% по сравнению с пациентами подгруппы Nyhus I,II, а для группы боковых мышц эти различия составляют 6,5% и 12,8% соответственно. С увеличением степени разрушения задней стенки пахового канала и увеличения сложности паховой грыжи, прямо пропорционально увеличивается высота пахового промежутка, а именно в подгруппах Nyhus IIIA происходит увеличение на 10,1%, а в подгруппе Nyhus IIIB на 20,9% по сравнению с небольшими грыжами Nyhus I, II.

Увеличение срока грыженосительства до 5 лет функциональная толщина для прямой мышцы уменьшается на 12,2%, а для группы боковых мышц живота уменьшается на 7,5% по сравнению с грыженосителями до 1 года.

Кроме того, согласно собственных наблюдений дооперационно у 86 % обследованных больных эхоскопически визуализирован хорошо развитый пучок внутренней косой мышцы толщиной 10,2-15,6 мм. Эхоскопические данные были сопоставимы с интраоперационными, при наличие одноименного мышечного пучка, выполняли I вариант герниопластики по методики проф. А.А. Ботезату (Патент на изобретение N 499 от 23.08.2019г., зарегистрированы в Государственном реестре Министерства юстиции ПМР 14.10.2019г.), а в случаях, когда мышечный пучок визуализировался лишь в латеральной части пахового промежутка или был слабо развит, выполняли II вариант одноименной герниопластики.

Выводы:

1) Эхоскопическая диагностика мышечно-апоневротических структур паховой области выявляет достоверные различия параметров, а использование функциональной пробы улучшает достоверность результатов.

2) Регистрация эхоскопических данных в дооперационном периоде является важным диагностическим компонентом определяющий выбор и прогноз метода герниопластики.

**А.Н. Лембас¹, А.П. Шпеко¹, М.В. Кучинский¹, М.В. Ивасишина¹, С.Ф. Гуменный²,
С.В. Скурту², К.Ю. Захарян²**

ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ЗАДНЕЙ СЕПАРАЦИОННОЙ ТЕХНИКИ Y.W. NOVITSKY ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

*ГУ «Каменская ЦРБ»¹
г. Каменка, Приднестровье
ГУ «Рыбницкая ЦРБ»²
г. Рыбница, Приднестровье
anlembas@yandex.ru*

При лечении послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) больших размеров нередко приходится выполнять технику разделения компонентов брюшной стенки – Components Separation Technique (CST). CST способствует увеличению объема брюшной полости, улучшению условий ее закрытия, выполнению реконструкции брюшной стенки, созданию ложа для размещения протезирующего материала. Сочетание CST с пластикой сетчатым эндопротезом сопровождалось меньшим числом послеоперационных раневых осложнений, более низкой частотой рецидивов (D. Coco et al., 2020). В настоящее время выделяют переднюю CST (Ramirez, Ramirez – Ботезату А.А, Ennis, Lindsey et al.) и заднюю CST (Rives–Stoppa, Carbonell, TAR-техника Y. W.Novitsky et al.). В последние годы большую популярность приобрела методика задней сепарации TAR (transversus abdominis muscle release) Y. W. Novitsky.

Цель исследования – изучить положительные и отрицательные стороны TAR-техники Y.W. Novitsky при лечении ПОВГ больших размеров.

Материал и методы. В период с 1.01.16 г по 30.11.21 г в ГУ «Каменская ЦРБ» по поводу ПОВГ больших размеров (W3-W4, Chevrel-Rath, 1999 г.) с применением

TAR- техники Y.W. Novitsky были оперированы 12 больных: мужчин – 5; женщин – 7 больных, у одной из них, сочетание срединной ПОВГ и парастомальной грыжи IV типа. Средний возраст больных- 62,2±1,5 лет. Виды пластики: TAR- техника Y.W. Novitsky – 8 больных; TAR- техника Y.W. Novitsky + передняя сепарация Ramirez – у 2; TAR- техника Y.W. Novitsky + передняя сепарация Ramirez- Ботезату А.А – у 1; TAR- техника Y.W. Novitsky + пластика парастомальной послеоперационной грыжи Sugarbaker- у 1 больной. Все оперативные вмешательства (12 пациентов) были выполнены в плановом порядке. Операции проводились под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. В качестве пластического материала была использована полипропиленовая сетка (ООО “Линтекс”, С-Пб, Россия). Дренажирование раны по Редону было выполнено у всех больных. Трубчатые дренажи были удалены при наличии серозных выделений не более 20 мл\сут. Профилактика тромбозомболических осложнений осуществлялась в соответствии с «Российскими клиническими рекомендациями». Продолжительность антибактериальной терапии составляла 1- 5 суток после операции.

Результаты и обсуждение. TAR- техника Y.W. Novitsky имеет свои положительные и отрицательные стороны. Положительные стороны: 1. Широкое выделение f. transversa позволяет закрыть брюшную полость путем сшивания краев выделенной фасции. 2. Выделение f. transversa возможно до боковых стенок брюшной полости, а так-же, под реберными дугами и в надлонной области, т.е, в местах, где ткани брюшной стенки наименее подвижны, что позволяет создать обширное ложе для размещения сетчатого эндопротеза. 3. В большинстве случаев мобилизованный мышечно-апоневротический комплекс возможно сместить к срединной линии, выполнить транспозицию m. rectus abd., воссоздать белую линию живота, изолировать подлежащий сетчатый эндопротез от подкожно-жировой клетчатки.

Отрицательные стороны TAR-техники: 1. Столь обширное выделение слоев передней брюшной стенки является довольно травматичной манипуляцией. 2. Не во всех случаях, из-за больших размеров грыжевого дефекта, удается сблизить края мобилизованной f. transversa и закрыть брюшную полость. В такой ситуации возможна фиксация краев выделенной фасции по периметру к большому сальнику (у 4 из 12 больных). 3. У 3 из 12 пациентов не удалось выполнить транспозицию прямых мышц живота, сопоставить края грыжевых ворот, в связи с чем, дополнительно была выполнена передняя сепарация Ramirez – у 2, Ramirez – Ботезату А.А. – у 1 больной. 4. У 1 больной (была выполнена TAR- техника) в отдаленном периоде возникло выбухание левой боковой половины брюшной стенки без истинного рецидива грыжи. Появление данного выпячивания может быть связано с нарушением каркасной функции m. transversum abd. после ее пересечения в месте фиксации к влагалищу m. rectus abd.. Качество жизни пациентки при этом не пострадало. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов среди оперированных больных не было. Раневые осложнения имелись у 1 больной (была выполнена TAR Y.W. Novitsky и передняя сепарация Ramirez) – некроз глубокого слоя подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки. При лечении раны удаления сетчатого эндопротеза не понадобилось.

Сроки наблюдения от 1 мес. до 4.5 лет. Рецидива срединных ПОВГ не зарегистрировано. У 1 пациентки (выполнена TAR-пластика Y.W. Novitsky с пластикой

парастомальной послеоперационной грыжи Sugarbaker) имеется рецидив парастомальной грыжи.

Выводы:

1. ПОВГ больших размеров (W3-W4) являются сложной задачей для хирурга. При их лечении нередко приходится выполнять технику разделения компонентов брюшной стенки в сочетании с пластикой сетчатым эндопротезом.

2. TAR-пластика Y.W. Novitsky характеризуется наличием как положительных, так и отрицательных сторон. Тем не менее, она является надежным и доступным методом хирургического лечения ПОВГ больших размеров, характеризуется хорошими предварительными результатами.

Ф.А. Струтинский, И.Е. Мереуцэ, В.Ф. Карауш, Н.И. Бодрут, В.А. Шептицкий
БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НУТРИЦЕВТИКОВ
В ПРОФИЛАКТИКЕ COVID-19

*Институт физиологии и санокреатологии АН Молдовы
г. Кишинев, Республика Молдова
nutrivit@yandex.ru*

В связи с мировой пандемией вызванной коронавирусом SARS-CoV-2, на данный момент, особенно остро стоит вопрос расширения исследований по поиску дополнительных способов профилактики коронавирусной инфекции.

Цель исследований. Разработать фитокомпозиции на базе местного сырья, с антивирусными и иммуностимулирующими свойствами против COVID-19. Концепция борьбы с коронавирусной пандемией, в настоящее время, направлена в основном на разработку новых лечебных препаратов и массовую вакцинацию населения против COVID-19, а также различные ограничительные меры санитарного и социального характера. К сожалению, к настоящему времени не разработаны эффективные лекарственные препараты против SARS-CoV-2 способные подавлять распространение вируса. Вопрос с вакцинами на сегодня остается наиболее эффективным, поскольку она готовит иммунную систему ко встрече с вирусом, но и она вызывает много вопросов. Во-первых, существует целый ряд ограничений против прививки от коронавируса. Во-вторых, как показывает практика, SARS-CoV-2 обладает высокой мутабельностью и адаптивностью, что повышает его устойчивость к иммунному ответу организма. Новые штаммы COVID-19 более инвазивные и более устойчивы, создадут новые защитные механизмы от антител, фармпрепаратов и существующих вакцин.

Опыт борьбы с пандемией COVID-19, свидетельствует о том, что концепция борьбы с пандемией должна быть существенно пересмотрена. Она должна быть направлена не только на поиск новых лечебных препаратов и вакцин против вируса COVID-19, но и поиска альтернативных подходов для борьбы с новыми мутациями, в повышении сопротивляемости населения к вирусной инфекции, а также разработке эффективных методов постковидной реабилитации.

Одним из возможных подходов при профилактике и лечении болезней, вызванных коронавирусом, является сочетание компонентов с разной биологической

активностью и свойствами. Их можно просто смешать, а можно химически сшить, т.е. получить синтетический конъюгант.

Биологически активные пищевые добавки (БАД) в этом отношении имеют большое преимущество. Постоянный химический состав фармакологических препаратов позволяет вирусу быстро адаптироваться к ним. БАДы отличаются большим разнообразием биологически активных веществ и их плавающим составом, что не позволяет вирусу адаптироваться к их химическому составу.

Эта особенность позволяет им благоприятно влиять на снижение инвазивности коронавируса, снижать вероятность и остроту мутагенных процессов, и тонизировать иммунную систему пациента.

Материал и методы исследований. Исследования проводили в стационаре Центра COVID-19 города Кишинева (п-12) и в амбулаторных условиях (п-14). В качестве биологически активных добавок использовали фитокомпозиции разработанные Институтом физиологии и санокреатологии, зарегистрированные в Национальном Агентстве Общественного Здоровья и приняты Министерством здравоохранения для использования.

Результаты и их обсуждение. Условия апробации предусматривали использование биологически активной пищевой добавки в качестве дополнительного элемента в принятом протоколе лечения больных COVID-19 со средней и легкой формой заболевания. Состояние пациентов контролировали по таким показателям как общее самочувствие, температура, отсутствие реакции на запах и вкус, боли в горле, кашель, нарушения дыхания и боли в груди, а также по динамике Ig M, Ig G, Ig A. У всех больных, которые получали дополнительно к протоколу лечения, биологически активную пищевую добавку, на 5 день лечения, все контролируемые показатели были на уровне здорового человека и пациенты не нуждались в дальнейшем лечении. Контролируемые клинические показатели у пациентов контрольной группы, которые лечились только согласно протоколу, то есть не получали биологически активную пищевую добавку (БАД), приходили в норму только на 15 день. Комплексное лечение пациентов (с использованием БАД), в 50% случаев оценивается как высокое, в 42,9% как среднее и только в 7,1% как слабое. Не было случая, в котором отсутствовал эффект от использования БАД.

Выводы: 1. Биологически активная добавка, в комплексе с лечебными мероприятиями, предусмотренными протоколом лечения, стимулирует антиоксидантную систему организма, оказывает положительное влияние на поддержание иммунной системы в активном состоянии, успешно борется с проникающими антигенами и профилактирует мутагенные процессы.

2. Использование биологически активной пищевой добавки в качестве дополнительного вспомогательного элемента в обязательном протоколе лечения, позволило повысить эффективность лечения: а) сроки лечения сократились в 4 раза; б) снизились затраты на лечение одного пациента; в) продолжительность лечения не превышала 5 дней.

А.Н. Орган¹, И.Е. Мереуцэ¹, Л.Д. Полякова¹, М.С. Чокинэ¹,
С.Г. Сандуца², Б.П. Унту³, П.Б. Унту⁴, М.И. Улинич⁴

ВЛИЯНИЕ АКУПУНКТУРЫ В СОЧЕТАНИИ С H2-БЛОКАТОРОМ ГИСТАМИНОРЕЦЕПТОРОВ РАНИТИДИНА НА СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА

Институт физиологии и санокреатологии АН Молдовы¹

Профилактический АН Молдовы²

Медицинский центр «Petrimed»³

Государственный университет медицины и фармакологии

им. Н. Тестемицану⁴

г. Кишинев, Республика Молдова

organ-alexei@mail.ru

По данным литературы результаты исследований секреторной функции желудка при рефлексотерапии носят противоречивый характер. Большинство из них свидетельствует о положительном влиянии этого метода как при гиперсекреторных, так и при гипосекреторных состояниях.

Ранее нами было показано, что влияние корпоральной рефлексотерапии с точек Е36-Цзу-Сан-Ли имеют общую направленность при гиперацидности на снижение интенсивности процесса кислотности в теле желудка.

В других работах нами также было показано, что применение акупунктуры в сочетании с М-холинолитиком-атропином усиливает блокирующее воздействие на процесс кислотообразования в теле желудка.

Однако вопрос о влиянии акупунктуры в сочетании с H2-блокаторами гистаминовых рецепторов в настоящее время мало изучен.

Цель исследования – изучить влияние акупунктуры с точки Е36-Цзу-Сан-Ли в сочетании с H2 блокатором гистаминорецепторов ранитидином на процесс кислотообразования в теле желудка.

Материал и методы исследования. Изучено сочетанное влияние корпоральной акупунктуры с точек Е36-Цзу-Сан-Ли с внутримышечным введением ранитидина (2,0-50 мг) у пациентов с гиперацидным состоянием во время проведения внутрижелудочной рН-метрии. При проведении акупунктуры использовали стандартные иглы из нержавеющей стали.

рН-метрию желудка проводили утром натощак и использовали ацидогастрометр АГМ (10-01) и двухходовые зонды конструкции Е.Ю. Линара, что позволяло определить показатели рН в области тела желудка и антрума.

Результаты и их обсуждение. Для выяснения этого вопроса изучили влияние H2 блокаторов гистаминорецепторов – ранитидина. В качестве контроля у 10 пациентов ввели внутримышечно (2,0-50 мг) ранитидина во время проведения рН-метрии. Изменения рН в теле желудка и антруме проводили в течении 40 минут.

В другой группе одновременно с введением корпоральных игл с точек Е36 билатерально вводили внутримышечно ранитидин. Экспозиция игл составляла 30 минут. После снятия игл измерение рН проводили еще в течении 20 минут.

Анализируя полученные данные, мы видим, что ранитидин блокирует процесс кислотообразования в теле желудка практически сразу же после введения и

максимальный эффект наблюдается на 40 минуте ($1,21 \pm 0,09$ и $4,11 \pm 0,57$; $p < 0,001$); рН антрума желудка имеет тенденцию к повышению ($p > 0,05$), т.е. ощелачивающая функция антрума улучшается.

При введении ранитидина одновременно с рефлексотерапией с точек Е36 достоверное повышение рН тела желудка наступает только после снятия игл ($1,48 \pm 0,13$, $3,79 \pm 0,62$, $p < 0,05$, $4,38 \pm 0,99$, $p < 0,01$); рН антрума желудка имеет тенденцию к снижению рН ($5,91 \pm 0,26$, $5,27 \pm 0,32$, $p > 0,05$, $5,68 \pm 0,22$, $p > 0,05$).

Ранее, в предыдущих работах, нами было показано, что про 40-минутном воздействии акупунктуры с точек Е36-Цзу-Сан-Ли отмечалось более достоверное повышение рН в теле желудка, чем при 20 минутном воздействии, т.е. происходило более выраженное торможение кислотообразующей функции желудка.

Необходимо отметить, что нами также ранее показано, что влияние корпоративной рефлексотерапии с точек Е36-Цзу-Сан-Ли независимо от времени воздействия (20 или 40 минут) отмечалась общая направленность снижения кислотности в теле желудка (повышение рН).

Выводы:

1. Н2-блокатор гистаминорецепторов – ранитидин эффективно блокирует процесс кислотообразования в теле желудка.

2. Акупунктура с точек Е36-Цзу-Сан-Ли также блокирует процесс кислотообразования в теле желудка. Тормозной эффект усиливается с увеличением времени воздействия.

3. Сочетанное влияние акупунктуры с точек Е36-Цзу-Сан-Ли и Н2 блокатора ранитидина ослабляет их тормозное воздействие на процесс кислотообразования в теле желудка. Совместное применение не целесообразно.

Л.Д. Стоянова, Н.И. Панченко

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА И НЕВРОЛОГА В ВОПРОСАХ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ

*ООО Медицинский центр «МЕДИН»
г. Тирасполь, Приднестровье
nevrolog79@yandex.ru*

Одна из актуальных проблем гастроэнтерологии – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Стандартная терапия с использованием ингибиторов протоновой помпы (ИПП), прокинетиков не всегда эффективна.

Цель: оценить влияние комбинации стандартной терапии (ИПП, прокинетики, антациды) с препаратами, регулирующими психоэмоциональный статус (анксиолитики, антидепрессанты, нейролептики), на клинические показатели у пациентов с ГЭРБ в сочетании с тревожными и депрессивными расстройствами.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 129 больных с ГЭРБ. Возраст колебался от 25 до 65 лет. Диагноз базировался на результатах анамнеза; жалоб; заключении эзофагогастродуоденоскопии. При опросе пациентов в

обязательном порядке уточнялось наличие таких симптомов, как: бессонница, немотивированная тревога, эмоциональная лабильность, изменение настроения, повышенная утомляемость, либо наличие психотравмирующих ситуаций в недавнем прошлом.

По результатам опроса пациенты были разделены на 2 группы: в первой – с преимущественно пищеводными проявлениями ГЭРБ (изжога, отрыжка, дискомфорт в эпигастрии и т.д.); во второй – те, у кого помимо пищеводных симптомов отмечались тревожные и депрессивные проявления. Всем пациентам изначально назначалась стандартная терапия (ИПП, прокинетики, антациды). Контроль эффективности лечения осуществлялся через 3–4 недели по результатам клинического улучшения. Пациенты с низким уровнем ответа на стандартную терапию направлялись на консультацию к неврологу. Таким пациентам дополнительно назначалась терапия препаратами из группы или транквилизаторов (диазепам, клоназепам), или антидепрессантов (доксепин, пароксетин), или нейролептиков (сульпирид).

Результаты и их обсуждение: Различные психоэмоциональные расстройства выявлены у 47 больных, что составляет 36 % от общего количества пациентов с ГЭРБ.

В группе пациентов с ГЭРБ без тревожных или депрессивных расстройств стандартная терапия в течение 3–4 недель привела к значительному клиническому улучшению у 78 человек (95, 2 %). Из этой группы 4 «неответчика» (4,8%) составили пациенты с коморбидной патологией: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, грыжа грудного отдела позвоночника.

В группе пациентов с ГЭРБ в сочетании с психоэмоциональными расстройствами улучшение самочувствия было незначительным. После назначения препаратов, корригирующих психоэмоциональную сферу (анксиолитики, антидепрессанты, транквилизаторы) клинические проявления регрессировали быстрее. Из 47 пациентов эффективность терапии отметили 40 человек (85,1 %), а у 7 пациентов (14,9%) жалобы остались прежними. Сроки регрессии клинических проявлений ГЭРБ на фоне терапии составили в среднем 4–6 месяцев.

Выводы: Существует корреляция между психоэмоциональными расстройствами и ГЭРБ. Депрессивные или тревожные расстройства встречаются у 36% пациентов с ГЭРБ и входят в комплекс основных факторов, провоцирующих развитие ГЭРБ, как нозологической формы. Включение анксиолитиков, антидепрессантов и нейролептиков в схему лечения ГЭРБ совместно с ИПП и прокинетиками повышает эффективность терапии, ускоряя купирование основных симптомов болезни, улучшая качество жизни пациента и минимизируя материальные затраты на лечение.

Н.Г. Лосева
**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:
ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ФЛЮОРОПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ЛИЦ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ
К ВРАЧУ-ФТИЗИАТРУ**

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра терапии с циклом фтизиатрии
г. Тирасполь, Приднестровье
ninaloseva@mail.ru*

С целью ранней диагностики туберкулёза органов дыхания, ежегодно, в обязательном порядке, всё население республики, начиная с 15-летнего возраста, проходит флюорографический осмотр.

Массовый рентгенологический метод решает задачу раннего выявления туберкулёза, т.к. только с его помощью можно выявить основную массу больных, лиц с инапертцентно протекающими формами активного туберкулёза, а также носителей остаточных изменений.

Целью исследования: показать важные значения профилактических флюорографий, как метод ранней и своевременной диагностики туберкулеза органов дыхания.

Материалы и методы исследования. Проведены ретроспективный анализ изучения 910 амбулаторных карт флюороположительных лиц, присланных на консультацию в противотуберкулезный диспансер г. Тирасполя.

Охват флюорографическими осмотрами населения города Тирасполя в 2015 г. составил 71,5% (от подлежащих), в 2016 г. – 71,0%, в 2017 г. - 77,0%, в 2018 г. – 61,2%, в 2019 г. – 77,9% соответственно.

Из числа населения г. Тирасполь, прошедшего флюорографическое обследование, выявлено больных туберкулёзом лёгких впервые: в 2015 г. – 65 чел. (53,7%); в 2016 г. – 68 чел. (51,5%); в 2017 г. – 51 чел. (48,6%); в 2018 г. – 41 чел. (51,9%); в 2019 г. – 20 чел. (32,3%). Таким образом, на долю профилактической флюорографии приходилось не более половины впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких, в то время как у другой половины процесс диагностировали в общей сети здравоохранения, куда больные сами обращались с жалобами на состояние здоровья.

В 2015 г. показатель заболеваемости туберкулёзом органов дыхания составлял 85,4 на 100 тысяч населения (121 чел.), в 2016 г. – 93,9 на 100 тысяч (132 чел.). В 2017 г. – 81,5 на 100 тысяч (105 чел.), в 2018 г. – 61,4 на 100 тысяч (79 чел.), в 2019 г. – 50,2 на 100 тысяч (64 чел.).

За исследуемый период заболеваемость туберкулёзом в городе снизилась с 2015 г. по 2019 г. на 42,3%.

Ежегодно противотуберкулёзный диспансер получает ФГ положительных пациентов для дообследования с целью уточнения диагноза. Описание флюорографических протоколов идет с предварительным диагнозом (под вопросом).

Так, за 2015 г. в ПТД было направлено пациентов с патологией на флюорографии – 171 чел. (город и прилежащие сёла). Из них активный туберкулёз лёгких (в том числе впервые выявленный) подтверждён у 58 чел. (33,9%). В данной когорте оказываются и лица с рецидивами туберкулёза, прибывшие с активным туберкулёзом из-за пределов обслуживаемого района.

В 2016 г. был подтверждён активный туберкулёз у 69 чел. (23,9%) из 288 флюороположительных лиц; в 2017 г. – у 63 чел. (20,3%) из 309 флюороположительных лиц; в 2018 г. – у 48 чел. (30,0%) из 160 флюороположительных лиц; в 2019 г. – у 46 чел (30,0%) из 153 флюороположительных лиц.

Таким образом, из общего числа направленных флюороположительных лиц процент подтвержденных диагнозов активного туберкулёза лёгких составил от 20,3 в 2017 г. до 33,9 в 2015 г. В среднем этот показатель за 5 лет равен $27,62 \pm 6,3\%$.

В остальных случаях, где активный туберкулёз не подтверждён, были выставлены следующие диагнозы: «Пневмония», «Онкологические заболевания лёгких», «Остаточные посттуберкулёзные изменения», «Саркоидоз». Следует отметить, что за исследуемый период процент удельного веса «абсолютно чистых лёгких», т.е. без патологии, значительно превысил показатель с истинной патологией на флюорографической плёнке по описанию врача-рентгенолога флюорографического кабинета. Так, в 2019 г. этот процент («без патологии») составил 60 (93 чел.); в 2018 г. – 62,5 (100 чел.); в 2017 г. – 70,5 (218 чел.); в 2016 г. – 72,9 (210 чел.); в 2015 г. – 60,2 (103 чел.).

В подавляющем большинстве случаев, если врач-рентгенолог обнаруживает на флюорографическом снимке те или иные изменения (в том числе артефакты), то он обязан принять решение о дообследовании данного пациента рентгенологически изучив флюорографический архив, чему должна способствовать правильная организация работы врача-рентгенолога флюорографического кабинета амбулаторно-поликлинической службы. Для улучшения качества данной работы следует использовать двойную читку флюорограмм.

Выводы:

1. Флюорографический метод позволяет заподозрить и диагностировать целый ряд различных заболеваний легких и других органов грудной клетки на более раннем этапе их развития.

2. Наличие флюорографического архива (базы данных) способствует правильной оценке патологических изменений на флюорографическом снимке.

И.В. Гимиш, Д.В. Ванина, А.М. Назаренко

СЛОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ C-SHARE КАНАЛОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА, НЕОБХОДИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЩАТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра стоматологии
ГУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника»
г. Тирасполь, Приднестровье*

Несмотря на то, что первые упоминания о C-shape каналах датируются еще 1911 г. (Keith и Knowles) проблема диагностики и лечения пациентов с данной анатомической особенностью и по сей день остается актуальной. C-shape каналы получили свое название благодаря особенной форме устьев на поперечном разрезе зуба в виде дуги. Причиной такой аномалии может быть разрушение эпителиального

Гертвиговского влагалища при сращении буккальной или лингвальной поверхностей корней.

Цель: продемонстрировать на клиническом примере необходимость изучения данной анатомической особенности, проблем диагностики и лечения пациентов с C-shape каналами, показать важность использования рентгенологического метода.

Материал и методы исследования: клинический стоматологический приём пациентов, рентгенологические снимки, эндодонтический инструментарий и материалы.

Результаты и обсуждение: По статистике C-shape каналы наиболее часто обнаруживаются во-вторых молярах нижней челюсти, реже в первых премолярах, первых молярах нижней челюсти, третьих и вторых молярах верхней челюсти. Fan (2004 г.) выделил такие типы C-shape каналов как: 1) непрерывный C-shape канал от устья до апекса; 2) C-shape канал разделенный на два канала, расположенных в виде точки с запятой, разница их углов составляет не менее 60 градусов; 3) 2 или 3 отдельных канала, разница их углов составляет более 60 градусов; 4) только 1 круглый или овальный канал; 5) канал не обозревается на всем протяжении или открывается ближе к апексу. Ранее Ю.А. Винниченко дал классификацию таким каналам по степени сложности их обработки. Он выделил инструментально легко доступные C-shape каналы с углом изгиба от 0 до 25 градусов, инструментально трудно доступные с углом изгиба от 25 до 50 градусов, а также инструментально недоступные с углом изгиба более 50 градусов.

Женщина, 46 лет обратилась с жалобами на боль от холодного, продолжительные ночные боли. Объективно: глубокая кариозная полость 45 зуба не сообщаящаяся с пульповой камерой. Холодовая проба положительная. Пальпирование по переходной складке безболезненно. Был поставлен диагноз необратимый пульпит 35 зуба по МКБ 10 К 04.0. Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Septanesi 1.7 ml было проведено препарирование кариозной полости, раскрытие пульповой камеры, визуализация устьев корневых каналов. После удаления дентинных структур было обнаружено широкое устье C-образной формы. С помощью введённых корневых игл в каналы и визуализации их на прицельном рентгенологическом снимке, был выявлен C-shape канал, который на уровне средней трети корня разделялся на два хорошо проходимых канала (медиальный и дистальный). В данном случае проблем с инструментальной и медикаментозной обработкой не возникло. Каналы расширены до 30 размера K-файла с обильной ирригацией гипохлоритом натрия 3%, между сменой инструментов. Высушены и obturированы методом одного штифта. Проведена реставрация композитным материалом.

Выводы: На данном клиническом случае показана возможность обнаружения редких анатомических форм корневых каналов, отмечена необходимость использования дополнительных методов исследования, в частности рентгенографии, на стоматологическом приеме для тщательно проведенного лечения. Определённые сложности встают перед врачом при диагностике каналов с такой аномалией. C-shape каналы нелегко выявить с помощью двухмерного рентгенологического исследования. Для увеличения точности диагностики предпочтительно использовать метод конусно-лучевой компьютерной томографии, позволяющей четко визуализировать внутренние структуры зуба. Выявить данный тип анатомии можно и при

визуальном изучении пульповой камеры, в которой можем выявить лентовидное устье в виде дуги. Еще одна сложность заключается в затруднении, а иногда и в невозможности инструментальной и медикаментозной обработки таких каналов в зависимости от угла их изгиба (как указывалось ранее). И хотя, данная особенность характерна для населения Азии, с таким типом анатомии каналов может столкнуться каждый врач-стоматолог в своей врачебной практике.

А.О. Рассолова, А.А. Гарбузняк, Я.Ф. Белогуб
**ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ:
СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ**

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра общественного здоровья и организации
здравоохранения с циклом инфекционных болезней
ГУ «Республиканская клиническая больница»
г. Тирасполь, Приднестровье
alinapr15@mail.ru*

Среди инфекционных заболеваний, острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают особое место и остаются важной социальной проблемой. На их долю приходится значительный процент общего числа регистрируемых инфекций. Ежегодно в мире регистрируется не менее 500 млн. случаев заболевания ОКИ.

На сегодняшний день в Приднестровье остается актуальной проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) как у детей, так и у взрослых, что подтверждает статистика (в 2019г. – 536,1 случаев на 100 000 населения, в 2020 г. – 587,4 случаев). В общей структуре инфекционной заболеваемости Приднестровья отмечается значительная тенденция к росту ОКИ, преимущественно за счет ОКИ неустановленной этиологии.

Психологическая коррекция понимания и отношения больного к болезни способствует повышению эффективности лечения больных, что определяет современную актуальность изучения социально-психологических проблем пациентов, которые изолируются от общества, с целью ограничения распространения инфекции.

Цель: 1. Исследование социальных и психологических проблем у инфекционных больных с острыми кишечными инфекциями г. Тирасполь. 2. Изучение социально-гигиенических представлений о кишечных инфекциях у школьников 10-11 классов для определения факторов, влияющих на сохранение здоровья населения Приднестровья.

Материалы и методы: 1. Статистические данные ГУ «РЦГиЭ». 2. Клинические наблюдения за пациентами в инфекционном отделении ГУ «РКБ». 3. Анкетирование 140 пациентов взрослого инфекционного стационара. 4. Анкетирование 150 учащихся 10-11 классов г. Бендеры и г. Рыбницы по авторской анкете, при участии студентов научного общества «Санология и инфекционные болезни». 5. Литературный обзор.

Результаты и их обсуждение: В результате анкетирования было выявлено наличие социально-психологического блока у инфекционных больных. Среди со-

циально-психологических проблем, возникающих во время пребывания в стационаре, у опрошенных больных инфекционными заболеваниями (ОКИ), лидировали: ограничение общения с родственниками, друзьями; отсутствие обычной трудовой деятельности; ограничение передвижения; страх заразить родственников, коллег, страх, что кто-то узнает о вашем диагнозе и т.д. 57% респондентов ответили, что остаются спокойными во время пребывания в стационаре, однако 30% заявили, что испытывают грусть, 19,2% – скуку, а 15,4% – раздражительность. Из всех опрошенных пациентов инфекционного стационара используют в палате: мобильный телефон – 50%, газеты и книги – 57%, радио – 32%, интернет – 7%. Преобладающими страхами у больных инфекционного стационара являются: страх заразить родственников (56,6%), страх заразить коллег (39,75%), наличие инфекционного диагноза в больничном (19,3%).

Кроме того, был выявлен социально-гигиенический блок проблем пациентов в сфере профилактики ОКИ. Частой причиной возникновения ОКИ является низкая санитарная культура населения, что подтверждается полученными данными опроса старшеклассников. Респонденты признаются, что, придя с улицы и перед едой, моют руки с мылом только 46%, при этом всего 51% моют фрукты и овощи перед употреблением в пищу. Таким образом, только половина школьников соблюдает правила личной гигиены, что определяет активность контактно – бытового и пищевого пути передачи возбудителей ОКИ. 42% респондентов не имеют собственного представления, что такое кишечная инфекция и холера. Школьники признаются, что активно купаются в реке Днестр, несмотря на сообщения ГУ РЦГиЭ о выявлении холерного вибриона. Также часть респондентов отмечает, что в холодильнике нет четкого разделения готовой продукции и сырых овощей, что способствует распространению кишечного иерсиниоза, кроме типичных видов ОКИ.

Выводы: 1. Необходимо проводить мероприятия по повышению качества оказания медицинской помощи пациентам с ОКИ, учитывая их потребность в медико-социально-психологической помощи, а также уменьшения риска формирования нарушений здоровья и развития ОКИ у подростков. 2. Высокий уровень эмоционального напряжения инфекционных больных связан с ограничением общения и заразностью заболевания. 3. Психологическая коррекция определяет полноту выздоровления пациента, что частично достигается при использовании современных средств коммуникации, но главное – необходимо психологическое консультирование. 4. Социально-гигиенические факторы влияют на увеличение заболеваемости острыми кишечными инфекциями, что определяется низкой санитарной культурой населения, мы видим это на примере опрошенных школьников старших классов. 5. Профилактика ОКИ включает в себя необходимость более доступно и эффективно информировать население, преимущественно подросткового возраста, о распространении данной патологии.

А.А. Гарбузник, Л.И. Хмелевская, О.И. Гарагуля
**КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19:
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра общественного здоровья и организации
здравоохранения с циклом инфекционных болезней
ГУ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями»
г. Тирасполь, Приднестровье
11_lav_11@mail.ru*

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 представляет собой беспрецедентную глобальную чрезвычайную ситуацию, которая в настоящее время затронула более 200 млн человек во всем мире и уже стала самой смертоносной новой пандемией с момента появления ВИЧ-инфекции почти 40 лет назад.

Цель: определить особенности течения и ведения пациентов у ВИЧ-инфицированных лиц с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в Приднестровье.

Материал и методы исследования: 1) Статистические данные ГУ ЦПБ СПИД и ИЗ; 2) Клинические наблюдения за пациентами ГУ ЦПБ СПИД и ИЗ с новой коронавирусной инфекцией; 3) Литературный обзор.

Результаты и их обсуждения: Коронавирусная инфекция COVID-19 – потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2. Заболевание протекает главным образом в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения, так и в тяжёлой форме, специфические осложнения которой могут включать вирусную пневмонию, влекущую за собой острый респираторный дистресс-синдром или дыхательную недостаточность с риском фатального исхода. С появлением новой коронавирусной инфекции ее стали сравнивать с ВИЧ-инфекцией. Подобный ажиотаж вокруг вируса иммунодефицита человека наблюдался только в конце XX столетия, когда власти привлекали максимальное влияние к быстрому распространению болезни. Ее даже называли чумой XX века. Однако на этом сходства между заболеваниями не заканчиваются. Речь идет о 4 вставках в SARS-CoV-2, которые повторяют белки вируса иммунодефицита.

По официальной статистике в Приднестровье, на 1 апреля 2021 года было зарегистрировано 24198 случаев заболевания коронавирусной инфекцией, а ВИЧ-положительных лиц – 4564 случая. На начало марта 2021 года, среди инфицированных новой коронавирусной инфекцией выявлено 26 человек с диагнозом «ВИЧ-инфекция», что составило 0,08%.

Основные пути передачи у данных пациентов: инъекционный (4 человека), половой (22 человека). Средний возраст заболевших составил 44 года с распределением в диапазоне от 31 до 66 лет. Наибольшее число инфицированных новой коронавирусной инфекцией среди ВИЧ-положительных лиц зарегистрировано в г. Тирасполь, и составило 18 человек, что связано с большей долей ВИЧ-инфицированных пациентов. Анализируя давность инфицирования ВИЧ-инфекцией среди зарегистрированных с COVID-19, установлено, что из 26 обследуемых человек у

троих – впервые выявленная ВИЧ-инфекция (11%). У остальных давность инфекции составила: до 5 лет – у 7 пациентов (26%), до 10 лет – у 9 пациентов (37%), более 10 лет – у 7 пациентов (26%). По месту заражения выявлено 2 привозных случая новой коронавирусной инфекции (из РФ), 24 случая – местное инфицирование.

Легкое течение новой коронавирусной инфекции выявлено у 21 человек, средней степени тяжести – 1 человек, осложненное течение – у 4 человек. У всех ВИЧ-инфицированных пациентов клиническая картина COVID-19 была схожа с клинической картиной общей популяции. Из числа инфицированных пациентов антиретровирусную терапию (АРВТ) получали 21 человек из 26 в следующих режимах: 5 человек АРВТ не получали (1 – первичный, 1 – прибыла из Израиля, 3 – потребители инъекционных наркотиков, были не привержены). Сопутствующие заболевания, влияющие на течение новой коронавирусной инфекции, выявленные у 26 исследуемых ВИЧ – положительных пациентов: саркоидоз, вирусный гепатит С, декомпенсированный цирроз печени, токсический гепатит, туберкулез (туберкулезный плеврит, инфильтративный туберкулез), бронхоэктатическая болезнь, токсоплазмоз головного мозга, полинаркомания, хронический алкоголизм, сахарный диабет, хронический пиелонефрит, сифилис, гонорея, хламидиоз, аутоиммунный тиреоидит, рак легких. Количество летальных случаев у ВИЧ-инфицированных лиц из 26 выявленных с новой коронавирусной инфекцией составило 5 человек, из них 4 женщины и 1 мужчина. У троих пациентов течение новой коронавирусной инфекции было тяжелым (с развитием отека легких, ОРДС, ОЛСН, ТЭЛА).

Выводы: 1) Благоприятные клинические исходы и риск инфицирования COVID-19 у людей с ВИЧ-положительным статусом возможны по результатам 26 выявленных пациентов, особенно при контролируемом ведении и течении ВИЧ-инфекции; 2) Наибольшее число инфицированных COVID-19 наблюдается в крупных городах, что связано со скученностью населения и большим числом ВИЧ-инфицированных; 3) Длительность инфицированности ВИЧ-инфекцией не влияет на течение COVID-19; 4) Люди, живущие с ВИЧ и получающие АРВТ, не подвергаются большому риску заражения коронавирусом. ВИЧ-инфекция является меньшим фактором риска тяжелого течения COVID-19, чем любые другие сопутствующие заболевания.

Ю.А. Бутенко

ГОНАДОСТЕРОИДЫ И ПРОЛАКТИН В МОРФОГЕНЕЗЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Республиканский госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра хирургии с циклом онкологии

г. Тирасполь Приднестровье

medfak_pgu@rambler.ru

Молочная железа сложный, в плане гормональной регуляции, орган. Почти все известные гормоны, прямо или опосредованно, влияют на пролиферацию и дифференцировку тканей железы и её функцию. В доступной литературе данные о физи-

ологическом воздействии гонадостероидов противоречивы, нередко фигурируют диаметрально противоположные мнения и результаты исследований. Молочная железа – это орган экзокринной секреции, входящий в состав репродуктивной системы человека. В гормональной регуляции процессов пролиферации и дифференцировки принимают участие такие гормоны как: эстрогены (эстрадиол, эстриол, эстетрол), гестагены (прогестерон), пролактин, окситоцин, трийодтиронин, тироксин, кортикостероиды, соматотропный гормон, инсулин, эпидермальный фактор роста и простагландины. Одним из главных регуляторов морфофункционального состояния молочной железы являются эстрогены, прогестерон и пролактин. Своё действие гормоны реализуют через рецепторы, расположенные в цитозоле или ядре клеток ткани железы. При этом, эстроген стимулирует синтез эстрогеновых и прогестероновых рецепторов, а прогестерон подавляет их синтез.

Вопрос о механизме стимулирующего действия эстрадиола на рост эпителиальных клеток молочной железы не выяснен. Предполагается три равновероятных и не исключающих друг друга механизма пролиферативного действия эстрогенов на молочную железу:

1. Прямая стимуляция клеточной пролиферации за счёт взаимодействия эстрадиола, связанного с эстрогеновым рецептором, с ядерной ДНК; Эстрогены рассматриваются в качестве кофакторов, усиливающих клеточное деление. Попадая в клетку, они активируют эстрогеновые рецепторы, находящиеся в цитозоле. Взаимодействие гормона с рецептором активирует последний и способствует проникновению в ядро. Попадая в ядро, гормон-рецепторный комплекс стимулирует экспрессию эстрогензависимых генов, которые контролируют клеточную пролиферацию и повышают чувствительность к факторам, активирующим гиперпластические процессы.

2. Непрямой механизм – за счёт индукции синтеза факторов роста, действующих на эпителий молочной железы ауто- или паракринно; Стимулируют пролиферацию и дифференцировку эпителиальных клеток молочной железы и тормозят апоптоз следующие факторы роста и протоонкогены:

- эпидермальный фактор роста
- инсулинподобные факторы роста 1-го и 2-го типов (ИПФР-1 и ИПФР-2);
- α -трансформирующий фактор роста (ТФР- α);
- протоонкогены c-fos, c-myc, c-jun

3. Стимуляция клеточного роста за счёт отрицательной обратной связи, согласно которой, эстрогены нивелируют эффекты ингибирующих факторов роста.

Так же доказано, что жировая ткань молочной железы содержит высокую концентрацию рецепторов эстрогенов и гораздо меньшую – рецепторов прогестерона.

Прогестерон предотвращает развитие пролиферации, обеспечивает дифференцировку эпителия, тормозит митотическую активность эпителиальных клеток, препятствует увеличению проницаемости капилляров, обусловленных эстрогенами.

Своё действие прогестерон реализует посредством следующих механизмов:

1. стимуляции продукции 17β -гидроксистероиддегидрогеназы и эстронсульфотрансферазы, которые быстро окисляют эстрадиол в менее активный эстрон и затем, связывая последний, превращают его в эстрона-сульфат; 2. дифференциров-

ки эпителия альвеол, которые подвергаются дальнейшему клеточному делению; 3. down- регуляции эстрогеновых рецепторов в эпителии молочных желез подавляющей пролиферацию клеток, стимулированной эстрогенами; 4. модуляция апоптоза клеток молочной железы посредством p53-супрессора опухоли; 5. модулирование митогенных протоонкогенов.

Пролактин увеличивает число рецепторов эстрадиола в молочной железе, повышает местное содержание простагландинов в тканях. Под влиянием простагландинов изменяется просвет сосудов, проницаемость сосудистой стенки, изменяется гемодинамика и водно-солевые соотношения в тканях железы. Пролактин косвенно усиливает клеточную пролиферацию, дифференцировку и васкуляризацию тканей, стимулирует секреторную активность эпителиальных клеток. Под влиянием пролактина в 2–4 раза быстрее происходит рост эпителиальных клеток. В опытах *in vitro* пролактин активирует синтез ДНК, белка, инициацию протеинкиназы C (участвующей в сигнальных каскадах клетки).

Способность гормонов щитовидной железы изменять уровень половых стероидов обусловлена их воздействием на белоксинтезирующую функцию печени и стимулированием выработки в печени тестостерон-эстрадиольсвязывающего глобулина (ТЭСГ), который в литературе называется также секс-стероид-связывающим глобулином или глобулином, связывающим половые стероиды (ГСПС). Увеличение продукции тиреоидных гормонов приводит к увеличению количества ТЭСГ и возрастанию общей концентрации тестостерона (связанного в ТЭСГ) в плазме, а также ускорение его превращения в андростендиол. Данное состояние сопровождается активацией экстрагонадного превращения тестостерона в андростендиол, андростендиола в эстрон и эстрогена в эстрадиол, который воздействует на ткани молочной железы.

Гормональная регуляция процессов, происходящих в молочной железе многогранна и недостаточно полно изучена. С каждым годом информации о воздействии гормонов становится всё больше, а дисгормональные заболевания выступают на первый план среди нозологии молочной железы. В свете этого, статьи, обобщающие обширный материал исследований, являются полезными для изучения врачами всех специализаций.

Н.И. Жало, А.А. Гончар, А.И. Лапина

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА У ПАЦИЕНТОВ С SARS-COV 2

ГУ «Слободзейская ЦРБ», ИБО

г. Слободзея, Приднестровье

zhalo94@mail.ru

Термин «псевдомембранозный колит» всё чаще используется терапевтами и гастроэнтерологами в период пандемии COVID-19 в повседневной практике. Псевдомембранозный колит – заболевание толстого кишечника, развивающееся при нарушении кишечного микробиома с избыточной колонизацией *Clostridium difficile*,

токсины которой вызывают воспаление и повреждение толстой кишки. Несмотря на то, что возбудитель SARS-CoV-2 является вирусом, наличие хронических очагов бактериальной инфекции, длительное использование иммуносупрессивных препаратов, лихорадка с лейкоцитозом и палочкоядерным сдвигом, значения прокальцитонина, превышающие норму, являются критериями, вынуждающими врача прибегать к назначению антибактериальной терапии.

В то же время сам вирус SARS-CoV-2 также, прямо или косвенно может повредить пищеварительную систему из-за цепной реакции воспалительных факторов и вирусемии, что способствует возрастанию числа случаев заболевания псевдомембранозным колитом в период пандемии COVID-19.

Материал и методы исследования. Было проведено ретроспективное, выборочное, неконтролируемое исследование историй болезни 55 пациентов, находившихся на лечении в ИБО инфекционного госпиталя для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией на базе ГУ «Слободзейская ЦРБ» в период с 28.11.2020 г. по 18.10.2021 г. с диагнозом ПМК.

Среди пациентов мужчин было 22, женщин – 33; средний возраст 62 года. Сопутствующая патология ЖКТ имелась у 16 человек из 55 (хронический гастроэзофагит, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, цирроз печени, вирусный гепатит В и С, жировой гепатоз печени, синдром Жильбера, хронический панкреатит). Согласно CDI-классификации, лёгкая форма заболевания – у 1, среднетяжелая – у 22, тяжелая – у 32. Приём антибактериальной терапии отмечен у 55 пациентов (азитромицин, кларитромицин, амоксицилин, ципрофлоксацин, левофлоксацин, цефтриаксон, цефтазидим, меропеним). Диагноз был подтверждён анамнестически и клинически у 55, из них инструментально КТ ОБП – у 7, путём ректороманоскопии – у 12, патологоанатомически – у 2.

Варианты лечения 55 пациентов были следующие:

- Немедикаментозная терапия: диета №4а, питьевой режим – у 55 пациентов;
- Медикаментозная терапия: коррекция ВЭБ (в/в инфузионная терапия) – у 54; монотерапия метронидазолом per os – у 5 (из них 1 легкая форма, 4 – среднетяжелая), монотерапия ванкомицином per os – у 2 (из них 1 среднетяжелая, 1 – тяжелая форма), комбинированная терапия метронидазолом + ванкомицином per os – у 48 (из них 15 – среднетяжелая форма, 33 – тяжелая), комбинированная терапия метронидазолом+ванкомицином в/в – у 24 пациентов (из них 3 – среднетяжелая форма, 21 – тяжелая), левомицетин в/в – у 5 (из них 5 тяжелая форма). Противовоспалительная терапия сульфасалазином – у 42 (из них 16 – среднетяжелая, 26 – тяжелая). Коррекция обмена белков проводилась у 19 пациентов (из них 2 – среднетяжелая форма, 17 – тяжелая форма). Коррекция обмена витаминов у 44 пациентов (из них 19 – среднетяжелая, 25 – тяжелая форма). Лечение ферментами и пробиотиками получили 55 пациентов. *Saccharomyces boulardii* принимали 50 пациентов (среди них среднетяжелая форма – 33, тяжелая – 27). Эспумизан принимали 18 пациентов (из них: у 5 пациентов среднетяжелая форма, тяжелая – у 13). Спазмолитики получали 45 пациентов (из них: у 12 – среднетяжелая форма, у 33 – тяжелая). Бактериофаг поливалентный принимали 6 человек (из них: у 3 – среднетяжелая, у 3 – тяжелая формы).

Результаты и их обсуждение. Лечение псевдомембранозного колита всегда сопровождалось определёнными трудностями для практикующих врачей. Пробле-

ма заключалась не только в тяжести течения заболевания, но и была связана с наличием сопутствующего заболевания ЖКТ и общим соматическим статусом больного (наличие коморбидной патологии), развитием жизнеугрожающих осложнений и рецидивов. Общее состояние пациентов ухудшалось с связи с наличием осложнений (полиорганная недостаточность – у 3, инфекционно-токсический шок – у 1, острая сердечная недостаточность – у 6, аутоиммунные осложнения (вульгарная пузырчатка) – у 1, полисерозит – у 22, геморроидальное кровотечение – у 12, реактивный артрит – у 5). Объем проводимой лекарственной терапии зависел от формы псевдомембранозного колита: при легкой форме проводилась монотерапия метронидазолом, при среднетяжелой форме – комбинированная терапия метронидазолом + ванкомицином per os в сочетании с сульфасалазином, при тяжелой форме – комбинированная терапия метронидазолом+ванкомицином per os с в/в введением метронидазола + ванкомицина в сочетании с сульфасалазином. Длительность течения заболевания составила от 17-23 дней (средняя длительность заболевания – 19 дней). У пациентов с диагнозом ПМК оказался высоким риск рецидивирующего течения (рецидивы ПМК возникли у 18 пациентов, из них первый рецидив – у 14, повторный рецидив – у 4). Исход заболевания ПМК в 47 случаях – выздоровление, в 8 – летальный исход.

Выводы:

1. Для профилактики развития ПМК необходима рационализация схем и режимов применения антибактериальных препаратов при вирусной инфекции SARS-CoV-2 в соответствии с наличием явных клинических и лабораторных признаков бактериальной инфекции.

2. Своевременная диагностика и лечение способны предупредить возникновение среднетяжелых и тяжелых форм, которые чаще сопровождаются осложнениями (вплоть до летальных исходов).

3. Лечение тяжелых и рецидивирующих форм ПМК остается актуальной и открытой проблемой до настоящего времени.

**А.И. Гуранда, И.И. Зеленюк, Н.С. Берлинская, О.М. Рымарь,
Е.У. Рудейчук, Н.А. Нетудыхата, А.С. Мунтян**
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ОНКОЛОГА

*ГУ «Бендерский центр Матери и Ребенка»
г. Бендеры, Приднестровье*

Туберкулез молочных желез – это достаточно редкий диагноз в современной маммологии, поскольку железистые ткани устойчивы к патогенному воздействию микробактерий. Однако данное заболевание все же фиксируется, а преобладает в женском организме. Данное заболевание чаще диагностируют у женщин, однако в медицинской практике также известны случаи заболеваемости мужчин. В любом случае, излечить туберкулез молочных желез весьма затруднительно.

Выделяют 5 видов туберкулеза: – диссеминированный; – узловой туберкулез; – язвенно- свищевой форме; – абсцедирующая форма; – склерозирующая форма.

Если говорить об этиологии данного патологического процесса, то следует выделить следующие провоцирующие факторы: трещины сосков, сквозь которые в молочные железы проникает характерная микробактерия, инфицируя не только характерный орган, но и весь женский организм; сахарный диабет может также развить такой страшный диагноз, как туберкулез молочных желез.

В группу риска попали пациентки с ослабленным иммунитетом, ВИЧ инфицированные, при наличии травм грудной клетки, а также в случае продолжительной терапии глюкокортикоидами и иммуносепрессивными медикаментами.

Поскольку характерные симптомы свойственные многим заболеваниям и все не обязательно из области маммологии, поэтому стоит особое внимание акцентировать на красноречивых признаках туберкулеза молочных желез. Так, уместны местные изменения: гипертрофия молочной железы; присутствие в молочной железе патогенного узла; отечность и покраснение пораженной молочной железы; болезненность при пальпации; сливание патогенных очагов; отчетливое увеличение лимфоузлов в подмышечной впадине; западание соска; формирование рубцов на коже в области груди.

Диагностика. Основная задача – идентифицировать заболевание, а также незамедлительно приступить к интенсивной терапии.

Важно помнить, что туберкулез молочной железы по своей симптоматике и патогенезу сходен с абсцессом молочной железы, фиброаденомой, болезнью Педжетта и раком характерной железы. Именно поэтому так важно пройти комплекс клинических обследований, но начинать диагностику однозначно требуется с выполнения УЗИ.

Данный метод обследования позволяет детально изучить внутреннюю структуру узла, а также достоверно выявить присутствие свищевых ходов и точность пункции. Маммография, МРТ или КТ определяют число уплотнений и степень их прогрессирования, а также достоверно определяют туберкулез молочной железы. Биопсия и цитологическое исследование позволяют выявить в исследуемом материале увеличенные клетки Пирогова-Лангханса и специфические гранулемы туберкулеза.

Лечение. Лечение туберкулеза молочной железы длительное, а после выздоровления приходится на протяжении всей жизни состоять на учете у специалиста в тубдиспансере. Если говорить об интенсивной терапии, то в данной клинической картине показана противотуберкулезная химиотерапия и окончательное удаление из молочной железы казеозных очагов. Кроме того, необходим регулярный прием туберкулостатических препаратов. Хирургическое вмешательство в большинстве клинических картин это секторальная резекция, задача которой – иссечение туберкулезного инфильтрата. После таких хирургических манипуляций показан длительный реабилитационный курс, представленный противотуберкулезной медикаментозной терапией, УВЧ, УХО, электрофорезом, ультразвуком и магнитотерапией.

В нашей практике пациентка Т 28 лет госпитализирована для оперативного лечения по поводу узлообразования в в/внутреннем и центральном квадрантах левой молочной железы с формированием трех свищевых ходов на коже. При этом признаки воспаления отрицательны.

Из анамнеза: Двое родов, детям 7 и 5 лет. Грудное вскармливание составило до 2 лет каждого ребенка. У матери пациента туберкулез глаза – заболевание, которое

поражает роговицу, сосудистую и сетчатую оболочки, конъюнктиву, склеру и дополнительные структуры глаза.

На этапе амбулаторного обследования применялись инструментальные методы диагностики, так же и трипанбиопсия узла молочной железы. Диагноз туберкулез не верифицирован.

Незначительный эффект на консервативное лечение достигнут после использования антибактериальной терапии.

Оперативное лечение заключалось в резекции двух квадрантов (внутренний и центральный). В п/о периоде экссудация геморрагического содержания.

При дополнительном обследовании фтизиатром, данных за поражение других органов и систем не выявлено.

Пациент состоит на учете у фтизиатра, готовится к специфической терапии туберкулеза.

А.Н. Омелько

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ООО Медицинский центр «МЕДИН»

г. Тирасполь, Приднестровье

vicaa-kseny@inbox.ru

В структуре онкологической заболеваемости среди женщин рак молочной железы занимает лидирующую позицию во всем мире.

Поскольку ранние формы опухолей молочной железы обычно не вызывают симптомов, женщины, как правило, не обращаются за консультацией к врачу, и поэтому злокачественные новообразования далеко не всегда удается выявить рано.

Благодаря внедрению новейших методов диагностики рака молочной железы в настоящее время удается существенно снизить частоту смертности женщин и значительно сократить объем оперативных вмешательств, увеличить количество органосохраняющих оперативных вмешательств.

Группы риска возникновения рака молочной железы, пациентки:

- с ожирением;
- с сахарным диабетом;
- с гипотиреозом;
- с ранним возрастом начала менструаций;
- с поздними первыми родами или их отсутствием;
- с длительной (свыше 10 лет) заместительной гормональной терапией при климаксе;
- с поздней менопаузой;
- с вредными привычками (курение, алкоголь, наркотики);
- избыточно потребляющие животные жиры;
- с отягощенным наследственным анамнезом;

- с носительством мутаций генов наследственного рака молочной железы (НРМЖ) – BRCA1, BRCA2, CHEK2, RAD50, PALB, PTEN и др.;
- не кормящие грудью или с непродолжительной лактацией;
- с абортми в анамнезе.

Для правильного выполнения обследования груди требуется мультимодальный подход, т.е. комбинирование всех методов обследования. Именно такую тактику определяют все мировые руководящие направления диагностики. Основной и главный метод обследований женщин после 40 лет – это маммография, дополненная ультразвуковым обследованием (УЗИ) и, при необходимости, МРТ и различные виды биопсий.

Ультразвуковое исследование – еще один высокоинформативный метод, позволяющий выявить узловые образования при высокой плотности ткани молочной железы. Он безопасен для здоровья и может применяться при беременности и у кормящих пациенток.

К сожалению, эффективность этого метода исследования ниже при больших размерах железы и ее жировой инволюции, не визуализируются скопления кальцинатов, характерных для начальных стадий рака молочной железы.

Маммография – это рентгенография молочной железы, позволяющая получить изображение органа в нескольких проекциях. Это один из самых информативных видов исследования, позволяющий выявить непальпируемые новообразования (например, скопления кальцинатов, что может быть признаком злокачественной опухоли уже на ранних стадиях), оценить степень распространенности процесса в молочной железе и его многоочаговость. Этот метод дает возможность дифференцировать узловые и диффузные заболевания молочной железы, выполнить более точные пункции кист и образований. Маммография – единственный метод дифференциальной и топической диагностики внутрипротоковых заболеваний. А цифровая маммография имеет преимущества перед простой маммографией, так как повышает качество исследования, позволяет увеличить изображения и рассмотреть мельчайшие подробности. Недостатком этого метода является получение низкой дозы облучения. При плотной железе необходимо дополнять маммографию цифровым томосинтезом, когда проводится послойный анализ и на одном срезе можно увидеть узел. Однако как моноисследование томосинтез не проводится, так как в случае мультифокальности важно определить все опухоли в железе. Для этого можно применять МРТ.

Маммография проводится женщинам до 35 лет – по результатам УЗИ, а после 35 лет по показаниям врача. Женщинам с семейным раком молочной железы, особенно при наличии мутаций в генах BRCA, маммография показана с 35 лет, при необходимости в сочетании с МРТ молочных желез.

МРТ молочных желез не является заменой маммографии или ультразвукового исследования, а дополняет данные методики. При постановке диагноза «рак молочной железы» позволяет определить размер опухоли и метастазы, исследовать лимфатические узлы, дифференцировать друг от друга рубцовую ткань и очаг рецидива рака молочной железы, выявить опухоль за молочной железой на передней грудной стенке. МРТ применяется при подозрении на мультифокальное поражение молочных желез, для оценки динамики лечения опухолей молочной железы после химиотерапии и лучевой терапии.

При обнаружении опухоли проводится уточняющая интервенционная диагностика – трепан-биопсия под контролем УЗИ или стереотаксическая биопсия под рентгеновским контролем.

Монодиагностика с учетом многоликости рака и множественности патологии молочной железы обречена на провал. Только комбинация методов позволяет проводить максимально полную, в том числе раннюю диагностику, стадирование и мониторинг при раке молочной железы.

Доступные аппаратные обследования позволяют внедрять мультимодальный подход в маммологии как основу точной диагностики и залог успешного лечения.

О.С. Чебан, О.О. Марц

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии
Консультативно-диагностическая поликлиника ГУ «РЦМир»
г. Тирасполь, Приднестровье
oksana.ceban@mail.ru, marc11283@mail.ru*

Учитывая частоту развития послеродовой депрессии (ПРД), параллельность и последовательность наблюдения беременной, а затем родильницы акушером-гинекологом и врачом общей практики, необходимо знание ими данной проблемы и широкое взаимодействие с врачами психиатрических специальностей. Послеродовая депрессия одна из важных медицинских и социальных проблем, оказывающая существенное влияние на здоровье многих матерей, являясь причиной семейно-брачных конфликтных ситуаций [1-2].

Во многих публикациях, которые посвящены ПРД, можно отметить, что ее частота варьирует в диапазоне от 10% до 20%, притом, что существуют вариации этих показателей для различных стран и географических регионов [3-4]. Этиология ПРД неизвестна. Но имеются определённые предикторы такие, как стрессовые ситуации; ощущение неопределенности, отрицательных событий, трудноопределимых предчувствий, беспокойство, возникающие в третьем триместре беременности и до 6 месяцев в послеродовом периоде; роды, закончившиеся путем операции кесарево сечения; другие оперативные вмешательства. Как важный фактор риска развития ПРД – отсутствие социальной поддержки во время беременности и в послеродовом периоде. Здесь идет речь о поддержке женщины со стороны ее окружения (матери, мужа, семьи, друзей и коллег), низкие доходы семьи и низкий уровень ее образования. Установлено, что женщины с неожиданной или нежелательной беременностью относятся к категории высокого риска для ПРД. У таких матерей нарушается физическое и психическое здоровье, негативно сказывающееся на отношениях с новорожденным ребенком, а также с членами семьи, возникают депрессивные галлюцинаторные идеи самоповреждения или самоубийства [10].

По совокупности клинических особенностей выделяют эндогенные, эндореактивные, эндосоматоэндокринные варианты послеродовой депрессии. Эндогенный тип: витальность эмоциональных расстройств, суточный ритм проявлений, бредо-

вые идеи самоуничужения и самообвинения, адинамия, меланхолия или тревожность. Эндореактивный тип проявлялся ипохондрическим, тревожно-депрессивным и истероформным вариантами. Стойким подавлением настроения с телесными ощущениями тяжести в груди и некоторым облегчением состояния ко второй половине дня, несмотря на отсутствие патологических признаков в родах. Нехарактерным для эндореактивной послеродовой депрессии идеи собственной малоценности и самоуничужения. Такие больные, напротив, оправдывают себя, считая источником всех «бед» окружающих. Эндосоматоэндокринный тип сложный по структуре, объединяет в себе такие психопатологические особенности, как стертый характер, атипичную витальных проявлений, соматовегетативные проявления [6–8].

Диагноз ПРД ставится на основании клинических проявлений, а также при использовании клинических опросов, анкетировании и диагностических шкал.

Медикаментозное лечение ПРД включает применение антидепрессантов. При лечении ПРД используются и нелекарственные методы воздействия на основе программ интервенций, которые используют когнитивные и поведенческие техники для устранения симптомов депрессии у женщин с ПРД и нормализации отношений мать-ребенок. Лечение следует начинать как можно раньше и оно должно быть направлено на восстановление нормальных отношений между матерью и ребенком, устраняя характерные для заболевания депрессивные симптомы, направленное на защиту потомства от краткосрочных и долгосрочных вредных последствий ПРД. Авторы, которые работают по вопросам лечения ПРД, отмечают, что требуются новые рандомизированные контролируемые исследования и дальнейшая оптимизация лечения ПРД [4-6, 9].

Литература:

1. Айламазян Э. К. Психика и роды. – М.: Медицина, 1996. – 120 с.
2. Глушков Р. Г., Андреева Н. И., Алеева Г. Н. Депрессии в общей медицинской практике // Рус. мед. журн. – 2005. – № 12. – С. 858–860.
3. Дубницкая Э. Б. Проблемы клиники и терапии депрессий, связанных с репродуктивным циклом женщин /Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – №№ 1. – С. 52–55.
4. Дороженко И. Ю. Клинико-терапевтические аспекты депрессивных расстройств в общей врачебной практике. – М., 2007. – 24 с.
5. Никишова М. Б. Послеродовая депрессия // Психофармакология депрессии. – 2007. – № 9. – С. 19
6. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике. – М.: Медицина, 2000. – 276 с.
7. Тювина Н. А. Депрессия у женщин. Клинические случаи. – М., 2004. – 17 с.
8. Тютюник В. Л., Михайлова О. И., Чухарева Н. А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции // Рус. мед. журн. – 2009. – № 20. – С. 1386–1388.
9. Ушкалова А. В. Депрессии в общесоматической практике: эпидемиология, скрининг, диагностика и фармакотерапия // Фарматека. – 2006. – № 7. – С. 28–36.
10. Чернуха Е. А., Соловьева А. Д., Кочиева С. К., Короткова Н. А. Влияние родоразрешения на эмоционально-аффективные расстройства // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4. – С. 4–5.

Научное издание

СКЛИФОВСКИЕ ЧТЕНИЯ:

Актуальные вопросы артрологии

Тезисы международной научно-практической конференции

24 декабря, 2021

Под редакцией проф., д-ра мед. наук, член кор. РАЕ *И.Ф. Гарбуза*

Технический редактор *Е.Л. Коляда*

Ответственность за содержание текстов несут авторы

Компьютерная верстка *Л.В. Савицкая*

ИЛ № 06150. Сер. АЮ от 21.02.02. Подписано в печать 12.12.2021

Формат 60 x 90/16. Усл. печ. л. 4,5. Тираж 120 экз. Заказ № 1123.

Макет подготовлен в Изд-ве Приднестр. ун-та. 3300, г. Тирасполь, ул. Мира, 18.