



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

**Неотложные состояния,
тактика и лечение**

**Материалы научно-практической конференции
с международным участием**

27 ноября, 2015

*Издательство
Приднестровского
университета*

Тирасполь, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ХИРУРГИЯ

<i>И.А. Акперов, А.П. Мартыненко, А.Н. Гамидов, В.В. Думанский, И.И. Кравцова.</i> Лечение ножевого ранения живота.....	7
<i>А.Е. Андреева, А.И. Перерва.</i> Значение локальной химиотерапии у больных с запущенными формами рака.....	9
<i>И.А. Акперов, Ю.А. Бутенко, В.Н. Трищук, Е.Ю. Флоря.</i> Левосторонний аппендицит (случай из клинической практики).....	11
<i>А.А. Ботезату, С.Г. Монул.</i> Комбинированная пластика боковых и поясничных грыж.....	12
<i>А.А. Ботезату, В.Н. Трищук, Ю.С. Паскалов, А.А. Белый, С.И. Махиб.</i> Хирургическое лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.....	14
<i>В.В. Гордиенко, С.С. Спельчук, В.В. Думанский.</i> Проникающее колото – резаное ранение передней поверхности грудной клетки слева с ранением передней стенки левого желудочка и S5 сегмента левого легкого (случай из клинической практики).....	16
<i>В.В. Гордиенко, Д.А. Бутеску, А.М. Коцюруба, О.И. Бабий.</i> Острое нарушение мезентериального кровообращения по материалам ГУ РКБ.....	18
<i>Г.П. Крачун.</i> Последипломное образование врачей в Российской Империи: XIX век – веки становления. Вклад профессора Н.В. Склифосовского в развитие российской школы усовершенствования и профессиональной переподготовки врачей.....	19
<i>Н.В. Латилова, А.А. Дроздов.</i> Опыт применения препаратов ПАЛЛАДА и ЭСЛОТИН в терапии аллергических заболеваний глаз.....	28
<i>А.Н. Лембас, С.Ф. Гуменный, И.И. Тампей, В.М. Иващенко, С.В. Скурту, М.В. Кучинский, К.Ю. Захарян.</i> Некоторые причины развития перитонита на современном этапе.....	30
<i>Р.Л. Скляр, Г.В. Фомов, А.П. Додул, П.А. Филоненко, В.О. Поперешнюк, А.О. Рассолова.</i> Пути оптимизации лечения больных с окклюзирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.....	33
<i>С.В. Сандер, С.Д. Химич.</i> Неотложные мероприятия при критической ишемии нижних конечностей.....	35
<i>Р.В. Урсан, А.В. Пикуленко, В.А. Карандашов, А.В. Васильчук.</i> Регионарные аспекты паратонзиллярного абсцесса как неотложного состояния в клинике ЛОР болезней.....	37
<i>Г.В. Фомов, В.П. Горпинюк, М.В. Дутка, В.В. Звягинцев.</i> Усовершенствованная эндоскопическая петля для удаления сложных типов инородных тел.....	39
<i>С.Д. Химич, А.И. Рева, А.В. Фуников, А.П. Превар.</i> Анальная трещина: некоторые вопросы лечебной тактики.....	42
<i>Я.А. Барбунов, Д.Н. Сертинян.</i> Анальгетический эффект мелоксикама для лечения болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у гинекологических больных.....	44
<i>Н.В. Слепуха.</i> Сохранение репродуктивной функции у женщины после самопроизвольного выворота матки в родах (впервые в Республике).....	45
<i>Л.Н. Азбукина, Н.В. Слепуха, Т.П. Бурка, В.Э. Серета.</i> Родовспоможение без оглядки на традиции.....	47
<i>Н.А. Самодурова, О.С. Чебан, Л.Н. Азбукина.</i> Анализ безопасных аборт в условиях Республиканского центра здоровья и планирования семьи.....	48

УДК 617.55-089
ББК 54.57
С43

Отвественный редактор

И.Ф. Гарбуз, зав. каф. травматологии, ортопедии и ВПХ,
д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАЕ

Технический редактор

Е.Л. Коляда, преподаватель кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной медицины

С43

Склифосовские чтения. Неотложные состояния, тактика и лечение: Материалы научно-практической конференции с международным участием, 27 ноября 2015. – Тирасполь: Изд-во Приднестр. ун-та, 2015. – 184 с. – (в обл.)

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

Рассмотрены актуальные вопросы неотложных состояний у больных и тактика их лечения.

Книга предназначена для практических врачей хирургов, онкологов, гинекологов, детских хирургов, травматологов-ортопедов, детских травматологов-ортопедов, семейных врачей, врачей скорой и неотложной помощи, врачей общего профиля, интернов, студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

УДК 617.55-089
ББК 54.57

© ПГУ им. Т.Г. Шевченко, 2015
© И.Ф. Гарбуз, Коляда Е.Л., 2015

<i>М.В. Четин, В.Г. Белов, А.Г. Акопов, С.В. Бурцев, Т.Н. Хлынова, О.А. Никонов, А.С. Лащенко, Д.В. Волков.</i> Применения ультразвуковых исследований и видеоэндохирургических операций у девочек с острым абдоминальным синдромом.....	50
<i>Е.Ю. Левчик.</i> Опыт и исходы симультанной аллопластики брюшной стенки в комплексе восстановительного оперативного лечения свищей тонкой и толстой кишки	52

ТРАВМАТОЛОГИЯ

<i>Т.Г. Бивол, В.В. Цуркан.</i> Риски развития бешенства у пострадавших от контакта с животными по г. Рыбница и Рыбницкому району.....	54
<i>Н.С. Бордиян, С.С. Гайдей, И.Ф. Гарбуз.</i> Объективные доказательства ротационного подвывиха С1 у детей	57
<i>И.Ф. Гарбуз, А.А. Ботезату, Е.В. Калалб, В.Г. Мазур.</i> Феномен взаимного отягощения при сложных травматических повреждениях.....	58
<i>И.Ф. Гарбуз.</i> Опыт применения металлической пластины в лечении воронкообразной деформации передней стенки грудной клетки у детей.....	66
<i>И.Ф. Гарбуз, А.О. Гозун.</i> Пронационный подвывих головки лучевой кости у детей.....	69
<i>А.В. Гаря</i> Опыт применения имплантата синовиальной жидкости в комплексном лечении больных с остеоартрозом крупных суставов	72
<i>А.В. Гаря.</i> Актуальность неотложной помощи больным с перелом дистального метаэпифиза лучевой кости	74
<i>А.В. Гаря, С.П. Мараховский.</i> Применение локальной стероидной терапии при лечении больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с выраженным корешковым, болевым синдромами на фоне неэффективности других лекарственных средств.....	76
<i>С.С. Гайдей, Н.С. Бордиян, И.Ф. Гарбуз.</i> Хронический ротационный подвывиха с1 у детей и его лечение	78
<i>И.Ф. Гарбуз, В.М. Мунтян, Г.К. Гайман.</i> Биоконпозиционный препарата коллапан в лечении деформации костей голени.....	81
<i>О.В. Грицкан.</i> Эффективность экстракорпоральной ударно-волновой терапии, проводимой в ООО «Медин» за период с 09.13 по 08.14 гт.....	84
<i>В.П. Дальниченко, А.Г. Донцу, Р.В. Окушко.</i> Ауто-ортоплазма(Плазмолифтинг) применение в травматологии и ортопедии В ПМР	86
<i>А.Д. Игнатов, И.Ф. Гарбуз, В.Г. Мазур, А.О. Гозун.</i> Чрезмышечковые переломы у детей.....	88
<i>А.Р. Лысенко, Р.В. Лысенко, В.А. Слободцов, С.В. Лопатин.</i> Способ восстановления сухожилия надостной мышцы после осложненного травматического вывиха плеча	91
<i>С.В. Коцул, М.И. Дарчук.</i> Менеджмент открытых переломов. Обзор литературы.....	92
<i>В.М. Корсак, Д.И. Тамурар, С.Ф. Морозенко.</i> Лечение пациентов с пяточной “шпорой”, подпяточным бурситом, используя лекарственные блокады	93
<i>В.В. Цуркан, Б.С. Гуменный, Т.Г. Бивол, М.Я. Малиновский.</i> Остеопороз – БИЧ 21 века. Современные методы ранней диагностики. Литературный обзор.....	95

ТЕРАПИЯ

<i>Т.В. Бабенко, К.В. Коробка.</i> Оценка эффективности комплексного биологического препарата Lutrphomusot в профилактике и лечении гриппа и ОРВИ у детей	98
<i>М.А. Гавриленко, Л.Н. Зинченко.</i> Применение назальных деконгестантов при острых респираторных вирусных инфекциях.....	100

<i>А.А. Гарбузняк, И.А. Орешина, А.Г. Кравцова, Ю.В. Молкасян, Г.Н. Калинычева.</i> Неотложные состояния: вирусные гастроэнтериты у детей	103
<i>В.А. Ерошенкова, В.Г. Балабан, И.А. Орешина.</i> Особенности взаимодействия витаминов группы В	105
<i>Л.Н. Зинченко, М.А. Гавриленко, В.А. Кожемяченко.</i> Комплекс неотложной терапии при стенозе гортани у детей	106
<i>Г.П. Крачун.</i> Социально - целевой базис организационных форм земского самоуправления в общественной медицине России	111
<i>Н.Г. Лосева, С.В. Панкрушев, О.А. Долгушева.</i> Анализ смертности от туберкулеза в г. Тирасполь за 2010-2014 гг.....	116
<i>Д.В. Логинова.</i> Современные подходы к купированию пароксизмов фибрилляции предсердий в амбулаторных и домашних условиях.....	118
<i>В.О. Мильцин, А.Г. Зингер, А.В. Еленова, Г.Ю. Гольинский.</i> Применение комбинированной нейропротективной терапии у пациентов с ишемическим инсультом	120
<i>В.О. Мильцин, А.И. Чуйко, Г.Ю. Гольинский.</i> Пентоксифиллин в интенсивной терапии острой церебральной недостаточности на фоне ишемического инсульта	123
<i>В.О. Мильцин, Е.С. Королев, Г.Ю. Гольинский.</i> Высокоосмоляные растворы многоатомных спиртов в терапии отека головного мозга у пациентов с ОНМК.....	125
<i>В.О. Мильцин, Г.Ю. Гольинский.</i> Пентоксифиллин в интенсивной терапии острой церебральной недостаточности на фоне ишемического инсульта	127
<i>И.А. Орешина, А.Г. Кравцова, Я.Ф. Белозуб, А.А. Гарбузняк, А.В. Наумов, Т.А. Бивол.</i> Клинико-эпидемиологические особенности Лайм - боррелиоза в ПМР	130
<i>С.В. Окушко, О.И. Горшак, В.М. Ефремов.</i> Вегетативное состояние: медико-социальные аспекты	132
<i>С.В. Панкрушев, Н.Г. Лосева.</i> Конституциональные особенности и их влияние на течение туберкулезного процесса.....	134
<i>А.А. Печул, Т. Максим, А.А. Мунтян, А.А. Коваленко, Т.А. Бивол, А.А. Гарбузняк.</i> Эпидемиологические аспекты лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в Приднестровской Молдавской республике.....	137
<i>В.А. Соколов.</i> Частота ревматических заболеваний среди жителей Г. Тирасполя	140
<i>М.Б. Чолак, А.Г. Кравцова.</i> К вопросу об актуальности болевого синдрома в неонатологии	142

РАЗНОЕ

<i>С.Н. Гараева, А.И. Леорда, Г.В. Редкозубова, Г.В. Постолати, Н.В. Коварская.</i> Индекс тормозные/возбуждающие свободные аминокислоты сыворотки крови как показатель состояния психоэмоциональной сферы у детей с эпилепсией	146
<i>Л.И. Гарбуз, А.В. Васильчук, И.А. Петровина, Н.И. Чернявская, А.А. Мунтян, Е.Ю. Флоря.</i> Статистические данные и особенности диагностики гельминтозов в Приднестровье	148
<i>Л.И. Гарбуз, И.В. Ликризон, С.В. Ликризон.</i> Формирование нормальной микрофлоры кишечника у новорожденного ребёнка	149
<i>Л.И. Гарбуз, И.В. Ликризон, С.В. Ликризон.</i> Формирование микрофлоры кишечника ребёнка в зависимости от характера вскармливания и возраста	151
<i>Г.И. Гетманская, Р.И. Лесникова, Л.И. Гарбуз, Е.Н. Варсан.</i> Обучение студентов - медиков профессионально значимой лексике в процессе работы с текстом по специальности на занятиях по русскому языку.....	153
<i>Ю.Г. Завтур.</i> Структура летальных исходов и патологическая анатомия у больных ВИЧ-инфекцией г. Бендеры за 1989–2015 гг.	161

С.В. Коцуг, В.Е. Наку. Использование электролиза в деминерализации костных пластинок (предварительные результаты)	165
А.И. Леорда, С.Н. Гараева, Г.В. Редкозубова, Г.В. Постолати, Н.В. Коварская. Изменение показателей азотистого обмена у детей с нарушением когнитивного блока психического здоровья.....	167
А.Н. Орган, В.В. Федаш, Л.Д. Полякова, М.С. Чокинэ, С.Г. Сандуца, Т.А. Чавдарь. Атропиновый тест, как показатель саногенного состояния кислотообразующей функции желудка.....	170
Е.Е. Пищенко, О.В. Коваль, В.И. Нарбутавичюс, С.М. Крупнова, Н.Г. Пешкова. Морфологическая дифференцировка новообразований молочной железы.....	172
Ф.А. Струтинский, А.Н. Орган, В.Н. Строкова. Масса тела как биомаркер оценки метаболизма и питания в соответствии с соматотипом.....	174
О.И. Тафун, А.И. Гарбуз. Потеря жилья и имущества как суицидальный фактор, неотложное состояние во время кризисных ситуаций.....	176
Т.А. Чепендюк. Возрастная изменчивость отверстий направляющих каналов зубных крипт	178

ХИРУРГИЯ

*И.А. Акперов¹, А.П. Мартыненко², А.Н. Гамидов³,
В.В. Думанский¹, И.И. Кравцова¹*

ЛЕЧЕНИЕ НОЖЕВОГО РАНЕНИЯ ЖИВОТА

ПГУ им Т.Г. Шевченко, медфакультет, кафедра хирургии с циклом онкологии,
г. Тирасполь, Приднестровье, Молдова¹
ХМАПО, г. Харьков, Украина²
Горбольница, г. Шемаха, Азербайджан³

Актуальность: ножевое ранение органов живота - одна из тяжелых форм, сопровождающаяся повреждением витально важных органов, кровотечением и шоком. Летальность при данной патологии очень высока.

Материалы и методы: за период 2009-2014 г. в Тираспольский Республиканской больнице находились 92 пациента с ножевым ранением живота, из них 3 (3,2%) погибли от геморрагического шока. Основную массу составили мужчины 78 (84,7 %), трудоспособного возраста 68 (73,9%). В течение 2-х часов с момента поражения госпитализированы 30 травмированных; до 6 часов 41 пациент; до суток 10 больных; более 24 часов 11 травмированных.

Результаты и их обсуждение: выраженность клинических симптомов травматического повреждения зависела от времени прошедшего с момента травмы, исходного состояния травмированных, наличием алкогольного опьянения, степени тяжести и характера повреждения внутренних органов живота. У пострадавших выявлено колото-резаная рана передней и боковой стенки живота, нижних сегментов грудной клетки, а так же эвентрация пряди сальника через рану наблюдалось у 5 пациентов, наличие симптомов внутрибрюшного кровотечения отмечалось у 43 пациентов, перитонита - у 25 пациентов с признаками повреждения внутренних органов живота.

У 10 пострадавших обнаружено ранение передней стенки живота, проникающие в свободную брюшную полость. Это слепая колото-резанная рана без явных признаков повреждения органов брюшной полости.

Пациентов оперировали под местной анестезией, иссекали раневой канал с визуальной его ревизией до дна, то есть производили первичную хирургическую обработку (ПХО) раны. При отсутствии повреждения брюшины рану дренировали и послойно зашивали. У травмированных больных с явным повреждением брюшины, установленным во время ПХО, или с явными признаками проникающего ранения органов живота производили широкую срединную лапаротомию под общим обезболиванием.

ЗНАЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА

ГУ РКБ Республиканский онкологический диспансер,
г. Тирасполь, Приднестровье

У 82 пациентов (89,1%) было установлено проникающее ранение живота с повреждением внутренних органов, подавляющее большинство из них 68 (74,0%) находились в состоянии алкогольного опьянения. Геморрагический шок различной степени тяжести выявлен у 30 (32,6%) пострадавших. Это требовало проведения энергичных противошоковых мероприятий, в первую очередь массивных гемо- и плазмо трансфузий для восполнения кровопотери.

С этой целью резкожно катетеризировали подключичную или кубитальную вену, у 9 больных инфузию проводили в 2 вены.

У 21 (22,8%) пациентов установлено повреждение печени. Локализацию и характер его уточняли во время ревизии брюшной полости. На простые линейные раны накладывали узловые швы атравматической кетгуттовой нитью на всю глубину и до хорошего соприкосновения краев. Значительные кровотокающие раны печени тампонировали марлевой салфеткой. Для временной остановки кровотечения пальцем прижимали гепатодуоденальную связку или накладывали турникет на 15-20 минут. Непосредственная обработка раны печени включала удаление обрывком ткани печени с последующей очисткой раневой поверхности от сгустков крови и тканевого детрита. Видимые повреждения сосудов и желчных протоков захватывали зажимом, перевязывали и прошивали.

В случае гемобилии накладывали холецистостому. В остальных наблюдениях для окончательной остановки кровотечения и желчеистечения накладывали П-образный или S-образные (через рану) швы атравматической кетгуттовой нитью.

У 9 (9,7%) травмированных диагностировано повреждение селезенки. Всем пациентам произведено спленэктомия.

У 6 (6,5%) больных причиной внутрибрюшного кровотечения было повреждение брыжейки кишечника или сосудов забрюшинного пространства. При повреждении брыжейки осуществляли ее перитонизацию с тщательным гемостазом. Особое внимание уделяли тщательной ревизии пристеночных гематом брыжейки, которые могли маскировать повреждение стенки кишки.

У 26 (28,2%) больных выявлены повреждение полых органов; в том числе желудка у 5, тонкой кишки у 14, толстой кишки у 7 пациентов. На рану желудка и тонкого кишечника накладывали двурядный шов. При ранении толстой кишки тактику определяли интраоперационно. Обязательно производили ревизию задней стенки желудка. При подозрении на повреждение 12-перстной кишки мобилизовали ее по Кохеру.

У 2 больных со сквозным ранением 12-перстной кишки для профилактики не состоятельности швов операцию закончили наложением разгрузочной гастроэнтеростомии. При наличии множественных близко расположенных ран кишки, отрыве и ранении брыжейки с нарушением питания кишечной петли производили ее резекцию, накладывая анастомоз конец в конец или бок в бок двухрядным швом. Операцию заканчивали туалетом брюшной полости и адекватным ее дренированием.

Выводы: таким образом, ножевое ранение живота относится к категории тяжелых повреждений, требующих высокой квалификации хирурга и адекватного материального обеспечения на фоне современной анестезии и интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

Актуальность проблемы: Злокачественные новообразования - проблема высокой социальной значимости, так как являются одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения. Высокая и растущая смертность от злокачественных новообразований в первую очередь связана с выявлением больных запущенными формами заболевания, когда применяемые методы лечения не приносят значимых результатов. К сожалению, удельный вес онкологических заболеваний, выявленных на IV стадии в ПМР составляет 18,3%. Основной причиной запущенности заболеваний является несвоевременное обращение за медицинской помощью, обусловленное низкой санитарной культурой и неадекватной оценкой своего здоровья. В поздних стадиях (III и IV) в 2014 г у 50% больных были выявлены опухоли полости рта; у 29,2 % шейки матки; у 22,2% молочной железы; у 28,1% больных была выявлена меланома кожи.

Поэтому часто таким больным из-за прогрессирования процесса, интоксикации и нарушения гематологических показателей невозможно оказать специфическую помощь. И поэтому, приоритетным направлением является применение методов целенаправленного лечения инкурабельных больных с целью улучшения их качества жизни.

При местно - распространенных формах рака молочной железы, базально-клеточного рака кожи, рака вульвы и анального канала наиболее часто встречаются такие местные осложнения как воспаление, гиперемия, гипертермия, отеки, изъязвление, нагноение, кровотечение и распад опухоли, а так же болевой синдром и ряд других проявлений распространенного опухолевого процесса.

Цель: Изучить применение локальной противовоспалительной и противоопухолевой терапии у пациентов, которым невозможно проведение системной химиотерапии из-за распространенного опухолевого процесса, наличие тяжелой сопутствующей патологии и на фоне низких гематологических показателей.

Материалы и методы исследования:

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных, находившихся на лечении в онкологическом диспансере ГУ РКБ за период 2014-2015 гг.

Возраст больных колебался от 54 до 72 лет. Всего было пролечено 35 пациентов с запущенной формой рака молочной железы, базально-клеточного рака кожи, рака вульвы, нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала у которых отмечались инфильтрация, изъязвление, нагноение, распад и кровотечение из первичного очага.

Таблица 1

№	Локализация первичного процесса	Число пациентов
1	Са молочной железы	14
2	Базально-клеточный рак кожи	9
3	Са вульвы	2
4	Са анального канала	3
5	Са н/3 прямой кишки	7

Размер первичной опухоли варьировал от 5 до 13 см. У всех больных были низкие гематологические показатели, а также общее состояние здоровья по шкале Карновского приближены к 40% и ECOG(ВОЗ)-3 балла. Для локальной химиотерапии применяли смесь синтомицина 10% (25 гр.)+ фторафур 800 мг, учитывая, что Фторафур оказывает противоопухолевым, противовоспалительным, анальгезирующим действием. Данная смесь наносилась тонким слоем на пораженный участок 2 раза в день на фоне контроля показателей периферической крови. Перед каждой аппликацией опухоль очищалась различными дезинфицирующими средствами (фурацилин, риванол, перекись водорода). Разовая доза аппликации зависела от величины пораженного участка и составляла обычно 2-4 г. Состояние здоровья больных периодический (в месяц 1 раз) оценивалось по шкале Карновского и ECOG, а так же лабораторными и сонографическими данными.

Результаты и их обсуждения: В результате проведенного лечения после 14 дней наблюдалось значительное улучшение динамики (у 10 больных), что выразилось в уменьшении гиперемии, местного болевого синдрома, зуда, температурной реакции. В последующем (через месяц и более)- существенное очищение раны от гнойно-некротических масс, появление участков грануляции, соответственно улучшение качества жизни. У 2-х больных опухолевый очаг уменьшился, что дало возможность проведения санитарной мастэктомии, у 3-х – состояние ухудшилось на фоне генерализации, у 2 – отмена лечения в виду индивидуальной непереносимости, у 20 состояние стабилизировалось в сторону улучшения. После 3-х месяцев проведенной локальной (антивоспалительной/противоопухолевой) терапий существенно улучшилось как качество жизни, так и функциональное состояние здоровья больных.

Выводы:

1. Местное применение смеси синтомицина +фторафур при распространенных формах рака молочной железы, базально-клеточного рака кожи, рака вульвы, нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала способствует уменьшению гиперемии, зуда, изъязвлению, нагноению, температурной реакции и облегчению местного болевого синдрома.

2. При локальном лечении побочные явления практически отсутствуют, кроме индивидуальной непереносимости.

3. При локальной (антивоспалительной/противоопухолевой) терапии существенно улучшилось как качество жизни, так и функциональное состояние здоровья больных.

И.А. Акперов, Ю.А. Бутенко, В.Н. Трищук, Е.Ю. Флоря

ЛЕВОСТОРОННИЙ АППЕНДИЦИТ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Медицинский факультет,
Кафедра хирургии с циклом онкологии
г. Тирасполь, Приднестровье
(533) 23778, medfak_pgu@rambler.ru

Введение: В хирургической практике левостороннее расположение червеобразного отростка встречается крайне редко, в среднем 1:30000-1:50000.

Причиной левосторонней локализации червеобразного отростка может быть чрезмерно подвижная и удлинённая слепая кишка. Последняя располагается в этих случаях по середине брюшной полости, а отросток (который тоже большей частью является удлинённым) лежит в левой подвздошной области (см. рис. 1). Отросток может располагаться в брюшной полости свободно или быть фиксированным спайками.

В других случаях левостороннее расположение червеобразного отростка обусловлено аномалией развития, обратным расположением внутренних органов. У таких пациентов диагностика острого аппендицита не представляет больших затруднений, ибо все симптомы острого аппендицита представляются так же, как и при обычной локализации отростка, но только слева. Правда, в таких случаях, нужно знать об обратном расположении органов у больного.

Данная патология довольно редка и может привести к заблуждению в постановке диагноза даже опытного хирурга. Именно поэтому публикация нашего клинического случая довольно актуальна и оригинальна.

Клиническое наблюдение: Больная Ч., 17 лет; история болезни № 4639 поступила в отделение хирургии Тираспольской больницы 31.03.15 в 12:30 в срочном порядке, спустя 20 часов с момента начала заболевания с клиникой острого аппендицита.

При поступлении состояние больной средней тяжести, больная предъявляла жалобы на боли в правой подвздошной области, общую слабость, недомогание, показатели гемодинамики в пределах нормы. Живот при пальпации мягкий, не вздут, болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Ситковского, Ровзинга, Бартомье-Михельсона положительны. Других отклонений в физикальном статусе пациентки не выявлено.

Больной был установлен диагноз: острый аппендицит и 31.03.15 13:10 – 14:40 последовала лапаротомия по Волковичу - Дьяконову.



Рис. 1.

Ревизия выявила: в брюшной полости небольшое количество серозного выпота; дальнейшая ревизия в правой подвздошной области слепую кишку и аппендикс не визуализировала, что послужило поводом для перехода на общее обезболивание и расширение операционного доступа. Приглашён анестезиолог, больная введена в в/в наркоз. Расширен операционный доступ по Вейру-Ридеру. По петле подвздошной кишки верифицирована слепая кишка, которая в виду наличия удлинённой брыжейки почти полностью располагалась в левой подвздошной области, с флегмонозно изменённым, свободно расположенным червеобразным отростком (отросток длиной 7-8 см, толщиной до 1 см). Дальнейшая аппендэктомия без особенностей. Ревизия органов брюшной полости другой патологии, аномалий не выявила. Брюшная полость ушита наглухо.

Послеоперационный период гладкий, рана зажила первичным натяжением. На 5 сутки больная в удовлетворительном состоянии выписана. Осмотрена через 7 месяцев, жалоб нет.

Заключение:

1. Левосторонне расположение червеобразного отростка редкая патология, связанная зачастую чрезмерно подвижной и удлинённой слепой кишкой ввиду аномалии развития, обратным расположением внутренних органов.

2. Диагностика аппендицита при таком расположении червеобразного отростка, нередко, представляет определённые трудности, что требует особого внимания и хирургической настороженности.

Список литературы:

1. Пронин В.А., Бойко В.В. Патология червеобразного отростка. - Харьков: СИМ, 2007
2. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. – М.: Медицина, 1988. – С. 191-192

А.А. Ботезату, С.Г. Монул

КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА БОКОВЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ ГРЫЖ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко,
Кафедра хирургических болезней с циклом акушерства и гинекологии
г. Тирасполь, Приднестровье, (533) 23849, botezatuaa@mail.ru

Введение. Боковые и поясничные грыжи встречаются значительно реже (от 1,6 до 5,1%), чем срединные послеоперационные грыжи, однако в их лечении встречаются большие трудности обусловленные атрофией и контрактурой мышечно-апоневротических структур, которые наступают после их пересечения при предыдущих операциях.

Материалы и методы. В 2001–2015 гг. под нашим наблюдением находились 52 больных с боковыми грыжами, которые составили 4,8 % от числа пролеченных больных грыжами живота. Из них 13 (25 %) мужчин и 39 (75 %) женщин.

Чаще всего встречались нижнебоковые – 30 (57,6 %) и поясничные – 8 (15,3%) грыжи.

Послойная пластика сугубо местными тканями применялась у 2 (3,8 %) больных с небольшими боковыми грыжами, а у 50 (96,2%) применялись комбинированные способы герниопластики.

При наличии нижнебоковых грыж среднего или большого размера проводили комбинированную герниопластику с использованием аутодермального трансплантата двумя способами, разработанные в клинике:

1. После ушивания внутренней косой и поперечных мышц поверх наложенного шва с целью консолидации в виде латки косопродольно укладывали аутодермальный лоскут, который фиксировался к апоневрозу наружной косой мышцы с внутренней стороны отступя 3-3,5 см от края, а над ним ушивали листки апоневроза наружной косой мышцы край-в-край .

2. Если в грыжевом дефекте с латеральной стороны были задействованы все три боковые мышцы (причем апоневроз наружной косой мышцы интимно припаян к внутренней косой мышце), проводили герниопластику по другому способу. Циркулярно вокруг ранее наложенного косопродольного шва окаймляющим разрезом медиально рассекали переднюю стенку влагалища прямой мышцы, а латерально – апоневроз наружной косой мышцы на расстоянии до 1-1,5 см от ранее наложенного шва. После ушивания медиальных краев в косопродольном направлении, ушивали латеральные края, а поверх апоневроза мышц укладывали аутодермальный трансплантат. Если не удавалось ушивать латеральные края апоневроза край-в-край, аутодермальный лоскут укладывали и фиксировали по периметру встык к краям апоневроза наружной косой мышцы латерально и влагалищу прямой мышцы медиально. Методика применялась при нижнебоковых и параректальных грыжах.

Труднее поддаются закрытию обширные брюшно-поясничные дефекты. Отягощающими факторами здесь являются: отсутствие полноценных апоневротических тканей для аутопластики и трудности фиксации аутодермального трансплантата в связи с отсутствием субстрата, к которому, как правило, его фиксируют. Применяли комбинированную герниопластику у 8 больных с поясничными грыжами, укладывая два аутодермальных лоскута (напредбрюшинно и над апоневрозом), а между ними ушивая мышечно-фасциальные образования.

Результаты лечения. Летальных исходов не было. В раннем послеоперационном периоде зарегистрировано 4 (7,7 %) осложнения. Из них 2 лимфореи, 1 лигатурный абсцесс. Рецидивы составили 2 (3,8%) случаев.

Заключение: таким образом, комбинированные способы герниопластики боковых грыж живота с использованием аутопластики в сочетании с аутодермопластикой эффективны и общедоступны. Из-за обширных брюшно-поясничных дефектов и отсутствия в этой области полноценных апоневротических тканей для аутопластики, а также трудностями с фиксацией аутодермальных трансплантатов при герниопластике поясничных грыж получены худшие результаты, в связи, с чем оправдан поиск новых способов герниопластики.

А.А. Ботезату, В.Н. Трищук, Ю.С. Паскалов,
А.А. Белый, С.И. Махиб

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Кафедра хирургических болезней
с циклом акушерства и гинекологии
г. Тирасполь, Приднестровье, (533) 23849, botezatuaa@mail.ru

Введение. Перфоративная язва развивается у 2-10 % больных страдающих язвенной болезнью. Заболеваемость перфоративной язвой за последние 20 лет в динамике со снижением и колеблется в частности по РФ от 26,9 до 13,5 на 100 000 населения, в европейских странах от 9,7 до 5,6 на 100 000 населения, в ПМР от 23,5 до 15, 2 на 100 000 населения (по данным 2006-2009 гг.). Заболевание чаще встречается у мужчин (в 10 раз). Поражает в основном лица молодого и среднего возраста.

В диагностике заболевания в большинстве случаев особых трудностей не возникает. Внезапная резкая боль в подложечной области, наличие напряжения мышц брюшной стенки, «доскообразный или деревянный» живот, резко положительные симптомы раздражения брюшины и наличие свободного газа под куполом диафрагмы – безальтернативные признаки перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки.

А вот с объемом оперативного пособия больным с перфоративной язвой вопрос в литературе остается дискуссионным. Основной принцип перфоративной язвы был сформулирован австрийским хирургом J. Mikulicz-Radecki в конце 19 века который гласит так: «Каждый врач столкнувшийся с перфоративной язвой обязан выполнить лапаротомию, ушить отверстие желудка или 12-перстной кишки и предотвратить возможное воспаление брюшины тщательным промыванием брюшной полости». И хотя с тех пор прошло около 120 лет надо сказать, что по большому счету такому подходу в хирургическом лечении перфоративной язвы придерживается большинство хирургов оказывающих urgentную хирургическую помощь сегодня, простое ушивание перфоративной язвы с оментопексией или без нее выполняют более 90 % хирургов во всем мире.

Будучи паллиативной операцией, простое ушивание язвы в 40-50 % случаев не излечивает больного от язвенной болезни, а ее рецидивирующее течение приводит к повторной перфорации или другим осложнениям (кровотечение, пенетрация).

Во второй половине 20 столетия в хирургическом лечении стали применять органосохраняющие операции, направленные на радикальное излечение от язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. К таким операциям относится сочетание иссечения каллезной язвы 12-перстной кишки с пилоропластикой и трункулярной ваготомией, по данным различных авторов, которая выполнялась от 3 до 25,6 % из числа оперативных больных с перфоративными язвами.

Однако в 21 веке к операциям, излечивающим больного от язвенной болезни стали относиться сдержанно. Так по результатам опроса ведущих хирургов

Европы только 0,3 % ответили, что выполняют ваготомию регулярно. Причины такого положения несколько: во-первых, наличие препаратов позволяющие провести адекватную противоязвенную терапию с первого дня послеоперационного периода, которые исключают выполнение ваготомии. Это инъекционные формы ингибиторов протонной помпы (лосек и др.) и ингибиторов H₂ – рецепторов гистамина (квamatел и др.)- препараты так называемой химической ваготомии, обеспечивающие такой же эффект лечения как и сама ваготомия. Другой причиной отказа от радикальных операций является редкость ее выполнения в связи с уходом хирургов владеющих такой техникой. Большинство современных врачей никогда сами не выполняли ваготомию и никогда не видели этой операции в исполнении опытных хирургов владеющих ею. Тем самым ваготомия с пилоропластикой при перфоративной язве стала как-бы “забытой” операцией.

Цель исследования: поделиться опытом лечения больных с перфоративными язвами желудка и 12-перстной кишки, у которых сочетали органосохраняющие операции с ваготомией.

Материалы и методы: в хирургическое отделение N1 ГУ РКБ г. Тирасполя с 1980 по 2014 гг. пролечено 139 больных с перфоративными язвами желудка и 12п.к., у которых сочетали органосохраняющие операции с ваготомией. Основная их масса (80%) оперированы в 80-90гг. прошлого столетия, когда у нас как и в других клиниках широко применялись эти операции. Среди пролеченных больных мужчин было 114 (82%), женщин – 25 (18 %) пациентов. Возраст больных от 17 до 75 лет большинство 95 (68,3%) составили пациенты молодого трудоспособного возраста – до 50 лет. Основная масса оперированы в условиях, когда перитонит был местным 117 (84,2%), либо диффузным 19 (13,7%), а по характеру экссудата серозно-фибринозный. Это позволяло предпринимать радикальную операцию, направленную на излечение от язвенной болезни. Перфоративное отверстие локализовалось у 130 (95,7%) на передней стенке луковицы 12 п.к., а у 2 (1,4%) в залуковичном отделе 12 п.к., на передней стенке пилоруса или антрального отдела желудка у 4 (2,9%). Все случаи представляли хронические язвы (острых язв не было). Язвенный анамнез составлял в среднем 5,7 лет. Кроме перфорации у пролеченных больных наблюдались и другие осложнения язвенной болезни, такие как: язвенный стеноз I-III степени, который присутствовал у большинства 137 (98,6%) больных, а у 2 (1,4%) на момент операции имелось язвенное кровотечение.

У 6 (4,3%) больных, среди которых на момент операции перитонит отсутствовал, выполнено СПВ, у остальных 133 (95,7%) предпринята ТВ, которая сочеталась с дренирующими желудок операциями. При этом края хронической язвы окаймляющем разрезом вдоль продольной оси 12 п.к. на расстоянии до 1 см от перфоративного отверстия иссекали. «Зеркальную» язву задней стенки прошивали узловыми швами, после чего предпринимали пилоропластику: по Гейнеке - Микulichу она применялась у 117 (84,2%), у 11 (7,9%) по Финнею, а у 5 (3,6%) пациентов был наложен задний гастро-энтероанастомоз. Реже предприняты другие операции.

Трункулярная ваготомия проводилась следующим образом: после пересечения брюшины над абдоминальным отделом пищевода выделялись передние и задние блуждающие нервы, которые между зажимами пересекали, а их культы

перевязывали. Восстановление брюшинного покрова и угла Гисса выполняли путем подшивания 3-4 узловыми швами передней стенки кардиального отдела желудка к диафрагме.

Результаты: Летальных исходов не было. В раннем послеоперационном периоде у 18 (12,9%) наблюдались потсваготомические осложнения, среди которых: атония ЖКТ у 11 (7,9%); с целью купирования которой прибегали к зондовой декомпрессии верхних отделов ЖКТ, электростимуляции, администрации прозерина в/м или других ингибиторов холинэстеразы. У 7 (5,0%) наблюдалась диарея, которую купировали диетой (сухоедение), назначением антидиарейных препаратов.

В отдаленные сроки после операции выявлено 6 (4,3%) случаев рецидивов язвы, из которых у 2 (1,8%) предпринята резекция желудка, остальные предпринимали противоязвенное медикаментозное лечение.

Выводы:

1) Трункулярная ваготомия в сочетании с иссечением язвы 12 п.к. или привратника и дренирующими желудок операциями эффективна, и по нашему материалу у 94% пациентов с язвенной болезнью наступило выздоровление.

2) С учетом реалий сегодняшнего дня, когда постоянный прием противоязвенных препаратов и соблюдение диеты, сопряжен с определенными трудностями, на наш взгляд целесообразно к ней возвращаться как радикальному методу операции. Она не сложная в исполнении и ненамного удлинит сроки операции, тем самым не ухудшает прогноз выздоровления.

В.В. Гордиенко, С.С. Спельчук, В.В. Думанский

ПРОНИКАЮЩЕЕ КОЛОТО – РЕЗАННОЕ РАНЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СЛЕВА С РАНЕНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И S5 СЕГМЕНТА ЛЕВОГО ЛЕГКОГО (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

ГУ «Республиканская клиническая больница»
г. Тирасполь, Приднестровье

В клинической практике относительно мирного времени ранения сердца встречаются довольно редко, что составляет от 5 до 7% от числа всех проникающих ранений грудной клетки и относится к числу крайне опасных повреждений. Обширные ранения приводят к немедленной смерти. Сами по себе ранения перикарда не представляют опасности для жизни пострадавшего, однако кровотечение из пересеченных перикардальных сосудов может привести к тампонаде сердца. В зависимости от обширности повреждения ткани сердца, перикарда, а также скоростью кровотечения в перикардальную сорочку определяет степень тампонады. При наличии раны сердца в сочетании с раной в перикарде тампонада сердца может не быть, так как кровь изливается из перикардальной полости. Основные причины смерти на догоспитальном этапе (В.Н. Вульф): 32,8%

пациентов погибают от массивной кровопотери, 26,4% – сочетания массивной кровопотери и тампонады сердца, 12,7% – изолированной тампонады сердца.

Необходимо помнить, что не только кровотечение из наружной раны обуславливает тяжесть состояния, но и сильное внутреннее кровотечение в полость плевры или перикарда, что приводит к шоковому состоянию, смерти больного. Поэтому учитывая вышеперечисленные факты, необходимо правильно и четко установив диагноз, оказать экстренную медицинскую (хирургическую) помощь, особенно при ранении левого желудочка, летальность при котором крайне высока. С целью чего приводим редкий клинический случай, считая, что данная публикация поможет в повседневной хирургической практике.

Приводим наше наблюдение:

Больной В., 46 лет, история болезни № 9401 поступил в отделение реанимации ГУ ТРКБ, 1.07.2015 спустя 1 час от получения ранения с клиникой геморагического шока и наличием колото-резанного ранения грудной клетки слева в проекции сердца до 0,8 см. На проведенной рентгенографии грудной клетки определялся тотальный гемоторакс слева; ЭКГ – изменения миокарда, депрессия сегментов ST во всех отведениях. Нельзя было исключить ранение сердца и левого легкого. По жизненным показаниям больной подан в операционную.

1.07.2015 20.05-21.15 под общей анестезией произведена торакотомия слева Интраоперационно: ранение левого легкого в области 5 сегмента, гемоторакс слева, признаки гемоперикарда. Последовала перикардиотомия, при которой выявлено проникающее ранение передне - боковой стенки левого желудочка до 1 см с обильным истечением крови из полости сердца. Выполнено ушивание раны сердца вертикальными швами на атравматической игле без захвата ветвей коронарных артерий. Санирована полость перикарда теплым изотоническим раствором хлорида натрия, перикардиорафия с формированием «окна» для дренирования сердечной сорочки в плевральную полость. Для предупреждения вывиха сердца и «ущемления» в широкой ране перикарда, наложены редкие узловы швы на переднюю стенку перикарда. Операция завершена санацией и дренирование плевральной полости ПХВ трубками по системе Бюлау.

Послеоперационный период протекал гладко, пневмоторакс слева ликвидирован, дренажи из плевральной полости удалены на 6 сутки, рана зажила первичным натяжением. На ЭКГ в динамике – ритм синусовый, горизонтальное положение ЭОС, ST на изолинии, динамика положительная. В удовлетворительном состоянии спустя 10 суток больной выписан. По сей день больной чувствует себя удовлетворительно, периодически наблюдается у кардиолога.

Выводы:

1. При проникающих ранениях грудной клетки клиническая и интраоперационная картина зачастую не совпадают. Преобладает в большем случае вторая.
2. При подозрении на ранение сердца тактика должна быть определена в максимально короткие сроки.
3. Правильно выбранная тактика и определение показаний к экстренной операции являются не только основным гарантом спасения жизни больного, но и предупреждением поздних осложнений и ухудшения качества жизни.

Литература:

1. Булыкин В.И.; Косоногов Л.Ф., Вульф В.Н. Ранения сердца. Воронеж. 1989г.
2. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., В.М. Трофимов. Неотложная хирургия груди и живота. 3-е издание. С. Петербург. 2015г.
3. Руководство Джонса Хопкинса по кардиоторакальной хирургии / D. D. Yuh, L. A. Vricella, W. A. Baumgartner. - NewYork

В.В. Гордиенко, Д.А. Бутеску, А.М. Коцюруба, О.И. Бабий

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ГУ РКБ

ГУ «Республиканская клиническая больница»
г. Тирасполь, Приднестровье

Актуальность. Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) на сегодняшний день, остается актуальной проблемой экстренной хирургии. Сохраняется высокая летальность, достигающая 70%. ОНМК очень часто скрывается под масками других острых хирургических заболеваний брюшной полости.

Цель исследования: Изучить непосредственные исходы лечения больных с ОНМК, обозначив основные причины неудовлетворительных результатов по материалам нашего региона.

Материал и методы исследования: Нами изучены истории болезни пациентов с диагнозом ОНМК, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГУ РКБ г. Тирасполь за период 2012-2015г. За этот период в нашей клинике находились 45 больных с диагнозом ОНМК.

Результаты и их обсуждения: Среди госпитализированных больных средний возраст составил 43-85 лет. Из общего числа поступивших пациентов преобладали пациенты мужского пола (26). Умерло 31 пациент, таким образом, летальность составила 69%; количество выживших 14 пациентов (31%). Хирургическая активность составила 62% (28 оперированных). Из числа умерших больных оперировано 17 пациентов (54,8%): диагностическая лапароскопия выполнена 3(17,6%) пациентам, диагностическая лапаротомия 13 больным (76,4%). Лапаротомия с резекцией участка кишечника выполнена 1 умершему пациенту (5,8%). Необходимо отметить, что все умершие больные были доставлены в стационар спустя 6-12 часов, когда декомпенсированная ишемия перешла в некроз с развитием перитонита.

Из числа выживших хирургическая активность составила 78,5% (11 пациентов). Диагностическая лапароскопия выполнена 4 больным (36,4%), при которой имелись признаки ОНМК в стадии компенсированной и субкомпенсированной ишемии. В последующем больным проводилась комплексная инфузионно-спазмолитическая, антиагрегантная, антикоагулянтная и превентивная антибиотикотерапия.

Лапаротомия с резекцией различных сегментов тонкой и толстой кишки выполнена 4 больным(36,4%). Причем один из больных оперирован повторно с интервалом через 1 год, в связи с рецидивом.

Лапаротомия без резекции кишечника произведена 3 больным (27,3%). У большинства выживших больных интраоперационно отсутствовали объективные признаки перитонита, что связано с обращением пациентов до 6 часов, т.е. до развития необратимых изменений.

Выводы. Успех благоприятного прогноза лечения пациентов с ОНМК связан с ранней доставкой, госпитализацией и операцией пациентов.

Современные методы диагностики (рентгеноконтрастная ангиография, ультразвуковое дуплексное сканирование, КТ, МРТ) и операции (зондовая тромбоземболектомия с внутрисосудистым введением непрямых антикоагулянтов, баллонная ангиопластика, эндоваскулярная хирургия) в сочетании с резекцией пораженных сегментов кишечника позволяет снизить летальность пациентов с ОНМК.

Литература

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т / Савельев В. С. [и др.]; под общ. ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2. Гринберг, А. А. Неотложная абдоминальная хирургия / А. А. Гринберг. – М., 2000.
3. Forrest, A. P.M. Principles and practice of surgery / A. P.M. Forrest, D. C. Carter, J. V. Macleod. – Churchill Livingstone, 1989.
4. Савельев, В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под редакцией В. С Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.
5. Савельев В.С., Спиридонов И.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. – Медицина, 1979.
6. Норнберг-Чарквиани А.Е. Тромбозы и эмболии брыжеечных сосудов. – Медицина, 1967.

Г.П. Крачун
**ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ
В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ:
XIX ВЕК – ВЕХИ СТАНОВЛЕНИЯ.
ВКЛАД ПРОФЕССОРА Н.В. СКЛИФОВСКОГО
В РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОЙ ШКОЛЫ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ**

НОУ ВППО «Тираспольский межрегиональный университет»,
Медицинский факультет, Кафедра общепрофессиональных дисциплин
г. Тирасполь, Приднестровье, gkrachun@gmail.com

Отчизна – это край, где пленница душа.
М.Вольтер (1694-1778)

Истинная и законная цель всех наук
состоит в том, чтоб наделять
жизнь человеческую новыми
изобретениями и богатствами.
Ф. Бэкон (1561-1626)

Вторая половина XIX века характеризуется в России подъемом многих отраслей хозяйственной и экономической деятельности. Страна успешно развивалась, значительно возрос ее авторитет у международного сообщества. Медицинская наука России сумела добиться значительных результатов не только в теоретических направлениях, но и в сферах практического использования накопленного опыта, реализации теорий и концепций в условиях клиники (Г.А.Загорский, И.Е. Дядьковский, И.Т. Глебов, И.М. Сеченов, Н.М. Якубович, Ф.В. Овсянников, А.А. Остроумов, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, Н.В. Склифосовский, И.И. Мечников и многие другие) [5, 10, 11].

Таким образом, бурное развитие медицинской науки во второй половине XIX века в Российской Империи, дифференцирование медицинских специальностей, резкое увеличение числа врачей, становление и развитие основ земской медицины – все эти факты и обстоятельства диктовали необходимость создания системы, в границах которой врачебное сообщество страны могло бы совершенствовать свои знания и мастерство.

Согласно Указу Александра II от 9 августа 1857 года «О мерах удобнейшего и успешного образования врачей–практикантов при больнице чернорабочих в Санкт-Петербурге для замещения ими вакансий городских и уездных врачей», врачам по окончании учебы в вузе предписывалось:

1. По окончании врачебного курса воспитывающимся в Императорских Университетах, Медико-хирургической академии, на счет сумм Министерства Внутренних Дел, для замещения вакансий городских и уездных врачей, причислять из таковых воспитанников к больнице для чернорабочих в Санкт-Петербурге от 20-ти до 30-ти врачей со званием ординаторов-практикантов, со всеми служебными правами и содержанием до 300 рублей серебром в год, с тем, чтобы они, приучаясь к служебному порядку, вместе с тем занимались при больнице патологической анатомией, судебной медициной, хирургией, микроскопией и посещали родовспомогательные и больничные учреждения в столице.

После 2-х годичных занятий в больнице назначать их в города и уезды, но не по принятому обычаю, на бессрочное время, а на 2 или 3 года, поставив им условие оставаться в ученых сношениях с Медицинским Департаментом, по окончании года представить в оный описание болезней или пользованных операций, ими сделанных, и вообще ученых наблюдений, и по истечении 2-го года до конца третьего, доставить медико-географическое описание местности, с замечаниями своими о причинах появления болезней и о мерах, могущих служить к их отвращению. По удовлетворительности таких ученых работ, обязан Департамент переводить их в лучшие города и уезды, следя за дальнейшею их ученою деятельностью, поощряя и вознаграждая по возможности ученые труды, поставив, та-

ким образом, весь успех служебной будущности врачей в зависимость от ученой деятельности, а не случайностей и протекций.

2. Для их руководства, при больнице для чернорабочих определить профессоров-консультантов: одного для патологической анатомии, судебной медицины и микроскопии; одного для хирургии и одного для химии и фармации, с содержанием первым двум по 1000 рублей серебром в год, а последнему по 800 рублей серебром в год.

3. На покупку разных инструментов, книг и прочего назначить в год по 300 рублей серебром» [1, 2].

31 мая 1865 года Правительствующий Сенат принял Указ «О доставлении врачам способов к наилучшему усовершенствованию», согласно которому в распоряжение Министерства Внутренний Дел ежегодно предоставлялся финансовый ресурс для «командирования гражданских врачей в больницы: городские, приказов общественного призрения тех городов, где есть университеты, и попечительные советы общественного призрения в столицах, а также в клиники университетов и Медико-хирургической академии». Срок командировки с целью повышения квалификации врача внутри страны составлял 1 год. Командировки в заграничные клиники с целью повышения квалификации предоставлялись на срок до 3-х лет – за собственный (личный) финансовый ресурс [1, 2, 11].

Таким образом, вышеприведенные два документа свидетельствуют о том, что власти уделяли значительное внимание проблеме повышения квалификации врачей, предоставляли механизмы и требования их реализации, включая финансовое обеспечение.

По инициативе вдовы Павла I Марии Федоровны было создано одно из первых гражданских лечебных учреждений, осуществляющих повышение квалификации врачей. Указом от 6 декабря 1828 года Император Николай I объявил Институт повивального искусства с родильным госпиталем государственным учреждением и назначил покровительницей института Великую Княгиню Елену Павловну [12].

Благодаря усилиям и повседневному заботам Великой княгини Елены Павловны и группы ее сподвижников (входивших в Комитет по делам Повивального Института), в России был создан первый в мире институт, целиком предназначенный для выполнения задач усовершенствования российских гражданских врачей [12, 13].

В сентябре 1872 Елена Павловна, в связи с недостатком врачей-акушеров приняла решение расширить научную и преподавательскую деятельность института – было разрешено всем желающим врачам в течение 1 года пройти профессиональную переподготовку по акушерству и гинекологии.

В контексте сказанного, следует отметить наличие ежегодного роста числа врачей-слушателей, приезжавших в Санкт-Петербург из отдаленных мест страны. Так, в 1893-1894 учебном году было 46 слушателей, а в 1896-1897 учебном году уже обучалось 150 слушателей. Таким образом, Повивальный институт – институт акушерства и гинекологии – явился первым научно-лечебным учреждением, в котором осуществлялись научные исследования, последипломное об-

разование врачей по акушерству и гинекологии – в форме как повышения квалификации, так и в форме профессиональной переподготовки [4, 12].

Российская Императорская Медико-хирургическая академия, благодаря усилиям ее президента П.А. Дубовицкого, с 1858 года стала осуществлять последипломную подготовку врачей в России – на базе входившего в состав академии Института для усовершенствования врачей, реализовывающего свою деятельность, согласно «Правилам о прикомандировании врачей, состоящих в ведомстве Министерства Внутренних Дел, к больницам и клиникам для усовершенствования и разрешения отъезда для сей же цели за границу» [3].

Длительность прикомандирования врачей, сообразно научным целям, могла быть от 6-ти месяцев до 2-х лет. Прикомандированные к больницам врачи должны были подчиняться условиям существующего больничного порядка; иными словами, выполняли все обязанности по лечению и дежурству наравне с врачами тех заведений, к которым были прикомандированы. Те лекари, которые не располагали ученой степенью, должны были в период прикомандирования выдержать экзамен на степень доктора медицины. Для прикомандированных к клиникам и больницам врачей Министерство Внутренних Дел выделяло помещичье штатное жалованье и добавочных 300 рублей серебром в год.

С 1858 и до 1869 года военные врачи командировались в Академию на срок на 1 год – для общего усовершенствования; в 1869 году были утверждены правила о прикомандировании врачей для изучения военно-полевой хирургии.

Новые правила, утвержденные в 1884 году, предусматривали ежегодные прикрепления на 2-х летний срок 56-ти врачей – для изучения медицинских наук в целом, а также и для усовершенствования в области военно-полевой хирургии. Общее число прикомандированных врачей превышало 100 человек. Согласно положению 1890 года, кроме студентов и прикомандированных врачей на лекциях, читаемых в Академии, разрешалось присутствовать и другим лицам, имеющим ученые степени. С согласия профессоров и под их руководством они могли выполнять научные исследования в учебно-вспомогательных учреждениях Академии – при условии внесения платы в сумме 20-ти рублей в год [2, 3].

Институт для усовершенствования врачей, открытый в 1858 году при Императорской Медико-хирургической академии, работал как самостоятельный факультет [3].

В первые годы своей работы в Институт направлялись на конкурсной основе ежегодно 7 лучших выпускников Академии; их длительность обучения в Институте в среднем составляла 3 года.

Учась в Институте, курсанты имели право самостоятельно выбрать профиль специализации, а также одну из клиник (лабораторий). В задачи курсантов входило выполнение научных исследований по избранным проблемам (под руководством профессоров, либо приват-доцентов); их деятельность завершалась защитой докторской диссертации. Курсанты Института вели практические занятия и обходы больных со студентами, участвовали в работе научных обществ, что в целом позволяло получить основательную подготовку к предстоящей в будущем преподавательской и научно-методической работе в стенах Академии.

Клиническая подготовка курсантов осуществлялась на основе постоянной деятельности в амбулаториях и клинических отделениях стационаров. Еще одним путем совершенствования указанных курсантов (по избранной ими специальности) – это возможность двухлетней заграничной командировки.

Указанный вид обучения выпускников Академии в Институте для усовершенствования врачей может быть соотнесен с системой обучения в адъюнктуре (или докторантуре).

Насколько результативной была работа Института, свидетельствуют данные: за период времени с 1858 года по 1886 год: из 222 направленных в Институт выпускников Академии – 52 стали заведовать кафедрами, получив звание профессора (23 – в стенах Академии, 29 – в университетах страны), 25 человек выполняли преподавательскую деятельность в ранге приват-доцентов [3,4].

В Институте для усовершенствования врачей проходили общее годичное усовершенствование военные врачи из войсковых частей. С 1869 года Институт начал готовить военно-полевых хирургов – на протяжении 2-х летнего периода обучения. Первый год обучения был связан с теоретической подготовкой, работой в анатомическом театре – с целью углубления познаний в области топографической анатомии и оперативной хирургии; на протяжении второго года обучения – выполнялась работа в хирургической клинике. Выпускники по курсу военно-полевой хирургии с 1891 года, после успешной сдачи экзамена, получали «диплом на звание военного хирурга» [3, 10, 11].

21 мая (3 июня) 1885 года в Санкт-Петербурге был открыт Клинический институт Великой Княгини Елены Павловны – первого в мире специализированного учреждения для повышения квалификации врачей. Учебные занятия с врачами-курсантами начались в этом институте 13 октября 1885 года [1,3].

Уже в первые годы своей работы институт пользовался высоким авторитетом, поэтому число врачей, стремящихся попасть в институт превышало его возможности. Врачи-слушатели могли записываться на разные курсы одновременно, т.к. учебный процесс шел в течение всего дня – с 8 ч 30 мин утра до 20-22 ч вечера. Многие врачи занимались одновременно на разных курсах. Так, например, в 1911 году в институте обучалось 530 слушателей; за это время было прочитано 79 курсов, которые согласно спискам закончили 4524 человека. Другими словами, каждый слушатель посещал от 8 до 9 курсов в год [1,13].

18 мая 1885 года Императором Александром III было утверждено «Положение о Клиническом Институте Великой Княгини Елены Павловны». Целью института являлось:

«а) содействовать практическому изучению свойств болезней и способов их врачевания;

б) способствовать молодым врачам усовершенствоваться на практике в важнейших отраслях медицинской науки, и

в) оказывать врачебную помощь больным обою пола, как помещаемым в заведении, так и приходящим.

...Общее наблюдение за благосостоянием института и руководство его делами вверяются попечительному его комитету. Непосредственное же управ-

ление институтом во врачебно-административном, учебном и хозяйственном отношениях возлагается на директора, который все относящиеся до научно-учебной части вопросы передает на предварительное рассмотрение собрания преподавателей.

...Директор Института, сверх исполнения обязанностей по сей должности, заведует также одним из клинических отделений института» [1].

В развитие вышеуказанного Положения был подготовлен Устав института, утвержденный Министром народного просвещения И.Д. Деляновым. Согласно Уставу, «Клинический Институт Великой Княгини Елены Павловны учреждается с целью научно-образовательного и лечебно-благотворительного. Как учреждение научно-образовательное, клинический институт посвящается изучению свойств болезней и способов их врачевания. Путем всестороннего наблюдения и опыта, и доставляют молодым медикам возможность усовершенствоваться в важнейших отраслях практической медицины и тесно связанных с нею отделах врачебной науки; а как учреждение лечебно-благотворительное, институт оказывает врачебную помощь больным обоюбого пола всех званий и возрастов, отчасти бесплатно, а отчасти за определенную плату».

Уставом предусматривались требования к составу института, к системе управления институтом, составу и функциям попечительского комитета института, к процедуре назначения директора института и к его обязанностям и др. [1, 2].

12 июня 1878 года началось строительство института. 3 июня 1885 года было проведено торжественно освящение института; в этот день началась клиническая работа института. 13 октября 1885 года начались учебные занятия в институте; открыты кафедры терапии, хирургии, патологической анатомии, физиологии, курсы- глазных болезней, акушерства и гинекологии, болезней горла и носа, детских болезней. В последующие 1886 – 1892 годы открыты кафедры физических методов лечения, кожных и венерических болезней (1886); курс нервных болезней (1889); кафедра глазных болезней (1890); кафедра акушерства и гинекологии (1891); курс зубных болезней (1892).

С момента начала клинической работы и учебной деятельности (1885), институт непрерывно рос, и совершенствовалась его работа: появлялись новые корпуса, открывались новые курсы и кафедры, непрерывно рос профессиональный потенциал профессорско-преподавательского и вспомогательного состава института [1, 2, 11].

С 1893 по 1902 год директором Клинического института Великой Княгини Елены Павловны стал профессор Н.В. Склифосовский. К моменту своего назначения за плечами Н.В. Склифосовского уже был огромный опыт клинициста-хирурга, выдающегося деятеля военно-полевой хирургии, блестящего лектора, замечательного педагога, воспитателя большого количества прекрасных хирургов того времени [6, 7, 8, 9].

23 сентября 1893 года Н.В. Склифосовский принимает приглашение стать директором Клинического Института Великой Княгини Елены Павловны в Санкт-Петербурге и возглавляет учебно-лечебную работу. Его деятельность характеризуется разносторонностью и высокой активностью, что обеспечило

улучшение работы как клиник, так и многочисленных сфер деятельности института в целом.

В период 1893–1901 годы Н.В. Склифосовский руководил кафедрой хирургической клиники, читал курс поликлиники и клиники хирургических болезней. За эти годы через кафедру прошло 448 слушателей; в клинике было выполнено 3616 операций, из них 1320 больших. Большое число операций было выполнено лично Н.В. Склифосовским, например: удаление почки по вводу аденокарциномы (с благоприятным отдаленным результатом); четыре случая удаления гортани при раке; к вопросу об обследовании новообразований; новообразования в обычных местах мозговых грыж и др. [1, 6, 8, 9].

Работая директором Клинического института, Н.В. Склифосовский продолжил формирование новых учебных курсов и кафедр (начатое его предшественниками), что отвечало достижениям в сферах соответствующих наук, а также было продиктовано необходимостью расширить и углубить обучение врачей-курсантов по отдельным направлениям медицины в свете новейших достижений науки [1, 8, 9].

В 1893 году на базе курса нервных болезней Н.В. Склифосовский организывает кафедру невропатологии, первым заведующим которой стал профессор О.О. Мачутковский. В 1895 году на базе курса хирургических операций на трупах (курс входил в состав кафедры хирургической клиники) был организован самостоятельный курс оперативной хирургии с практическими занятиями на трупах, которым стал заведовать профессор И.Ф. Земацкий.

В 1898 году Н.В. Склифосовский организывает рентгенологический кабинет на базе кафедры хирургической клиники, поручая руководство кабинетом ассистенту кафедры А.М. Королько. На средства благотворителей приобретает рентгеновский аппарат Мак-Коля и с его помощью начинаются исследования по рентгенологической диагностике хирургических болезней, а также обучаются врачи-курсанты основам рентгенологического обследования больных. Это были первые работы в России по основам использования рентгенологических методов в хирургической клинике. В 1901 году открывается кафедра урологии, заведывание которой поручается Н.А. Михайлову [1, 11].

Н.В. Склифосовский уделял большое внимание дальнейшему развитию института. При нем воздвигались новые здания института, ряд зданий подверглись реконструкции, что позволило в них разместить новые отделения и лаборатории. При этом приходилось много усилий тратить на поиск финансовых средств, призванных реализовывать новые строительные проекты. В 1894 году к корпусу, где располагались гинекологическое и глазное отделения, было пристроено здание, в котором была размещена операционная.

В 1898 году был открыт амбулаторный корпус (для приема проходящих больных). Тогда же вступил в строй изоляционный (карантинный) корпус. Эти нововведения Н.В. Склифосовского способствовали улучшению ряда аспектов учебно-лечебной деятельности института.

Следует отметить заслугу Н.В. Склифосовского в устройстве керамической канализации в корпусах института (1896 год), которая разрешила в то время

весьма серьезные гигиенические проблемы института. Н.В. Склифосовскому удалось увеличить субсидии государственной казны на содержание института, что позволило ему привести клиники в надлежащее состояние, отвечающее требованиям современности, пригласить на работу в институт ряд высококвалифицированных специалистов, а также утвердить новое штатное расписание новых кафедр (гинекологии, офтальмологии, нервных болезней) [1].

Заведуя одним из хирургических отделений, Н.В. Склифосовский создал большую школу ученых-хирургов. Его лекции и операционная деятельность способствовали распространению искусства практической хирургии среди земских врачей [1, 6, 9].

Согласно мнению авторов книги [1], «После Боткина Н.В. Склифосовский был самым популярным врачом в России. Он приобрел славу, как талантливый хирург, неутомимый учитель, гуманный врач. Значение Н.В. Склифосовского в отечественной и мировой медицине переоценить невозможно, как и его роль в качестве директора Клинического института Великой княгини Елены Павловны» (с. 190).

В заключение отметим, что последипломное образование врачей в Российской Империи прошло на протяжении XIX века исключительно свой собственный путь развития. Этот путь определялся существовавшей общественно-политической системой власти в стране, которая была ответственна за формирование социальных, экономических, естественно-научных факторов, явившихся системной основой отраслей в стране (включая здравоохранение, образование и др.).

Неуклонное поступательное развитие последипломного образования в России не угасало в своей реализации, поскольку на всех этажах власти идея необходимости внедрения последипломного образования врачей всячески поддерживалась – власть осознавала ее необходимость, и поэтому руководители и активисты последипломного образования находили реальную поддержку своим проектам со стороны властных структур [1, 2, 13].

Руководители учреждений составляли в своей совокупности часть системы. Они являлись выдающимися людьми своего времени; их характеризовал высокий научный профессионализм, достижения в многолетней лечебной, организационной и методической деятельности, гуманизм во всех сферах их труда, высокое чувство долга, всецелая направленность сознания на идеалы гражданственности и патриотизма, любовь к людям и нравственная чистота. Указанные руководители обладали высоким авторитетом и репутацией, располагали сформированными прямыми и обратными связями с вышележащими и нижележащими структурами, со стороны которых они встречали известное понимание и поддержку.

Таким образом, система как целое успешно работала на конечный позитивный результат. Если бы, к примеру, во главе проектов были бы посредственные работники, то, естественно, система начала бы давать сбои, да и сам проект в целом мог бы не осуществиться в реальной жизни. Вот почему ряд проектов последипломного обучения врачей, будучи системно вполне удовлетворительно реализованными в России, привели к появлению первого и единственного в мире специального учреждения для повышения квалификации врачей – Клинического института Великой княгини Елены Павловны (1885). Институт успешно работал,

развивался вглубь и вширь, сохранился и действовал успешно в Советское время (ГИДУВ, г. Ленинград) и в постсоветский период (СПб МАПО) [1, 2, 13].

За идеей создания Клинического института стояло много выдающихся деятелей Российской империи, среди них – попечители, учредители, директора института. Они явились главными звеньями системы, которая и нашла свою реализацию в зарождении, сохранении и развитии первого в мире специального учреждения для повышения квалификации врачей в Российской империи.

Литература

1. *Беляков Н.А., Михайлович В.А., Хмельницкий О.К., Щербо А.П.* Императорский клинический институт Великой княгини Елены Павловны. Российская школа усовершенствования врачей (1885 – 1917 годы). – СПб: СПб МАПО, 1999. – 384 с.
2. *Заблудовский П.Е.* История отечественной медицины. Материалы к курсу истории медицины в медицинских институтах и институтах усовершенствования врачей. Ч.1. Период до 1917 г. – М.: Изд-во ЦОЛИУВ, 1960. – 400 с.
3. *История Императорской Военно-медицинской академии за 100 лет. 1798 – 1898 / Под ред. Ивановского.* – СПб., 1898. – 828 с.
4. *Каневский Л.О., Лотова Е.И., Идельчик Х.И.* Основные черты развития медицины в России в период капитализма (1861 – 1917). – М.: Медгиз, 1956. – 194 с.
5. *Корнилов А.А.* Курс истории России XIX века. – М.: Высшая школа, 1993. – 446 с.
6. *Крачун Г.П.* Н.В. Склифосовский – выдающийся отечественный хирург, ученый-новатор, организатор высшего медицинского образования. К 175-летию со дня рождения // *Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова (ВАК РФ).* – 2011. - №12. – с.78-87.
7. *Крачун Г.П.* Профессор Н.В. Склифосовский (1836 – 1904) – популярнейший врач-хирург второй половины XIX века – основоположник хирургической гепатологии в России // *Фундаментальные исследования.* – 2013. - №6. – Часть 6. – с. 1524 – 1529.
8. *Крачун Г.П.* Профессор Н.В. Склифосовский (1836 – 1904): истоки достижений на жизненном пути – в медицине, в развитии высшего медицинского образования в России // *Современные проблемы науки и образования.* – 2013. - №1. – с. 1-19. (ВАК РФ). Электронный научный журнал. Доступно из URL: www.science-education.ru (Режим доступа: 30.10.2015).
9. *Разумовский В.* Н.В. Склифосовский // *Врачебное дело.* – 1927. - №1. – с. 81-82.
10. *Самойлов В.О.* История российской медицины. – М.: Эпидавр, 1997. – 197 с.
11. *Скороходов Л.Я.* Краткий очерк истории русской медицины. – Л.: Практическая медицина, 1926. – 262 с.
12. *Сто лет деятельности Императорского Клинического повивального института (1797-1897). Историко-медицинский очерк / Под ред. проф. Д. Отта.* – СПб., 1898. – 140 с.
13. *Хмельницкий О.К.* Учредительница Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Великой княгиня Елена Павловна (1806-1873) // *Эфферентная терапия.* – 1995. – т.1. -№2. – с. 9-10.

Н.В. Лапикова, А.А. Дроздов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПАЛЛАДА И ЭСЛОТИН В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

ГУ РКБ - консультативная поликлиника
ООО «Медин»
г. Тирасполь, приднестровье

Лечение аллергических заболеваний глаз (АЗГ) является серьезной проблемой офтальмологической практики. Различают следующие наиболее частые клинические формы глазных поражений: сезонные поллинозные конъюнктивиты, весенний кератоконъюнктивит, крупнопиллярный и хронический аллергический конъюнктивит, аллергия при сухом кератоконъюнктивите или при ношении контактных линз, поражения глаз при системных иммунных заболеваниях, аллергические реакции при инфекционных заболеваниях глаз. Формы аллергических проявлений со стороны органа зрения весьма разнообразны, но наиболее часто встречаются аллергический дерматит век и различные виды конъюнктивитов. Процесс может быть острым или хроническим. В обоих случаях наблюдаются различной степени выраженности покраснение глаз, слезотечение, слизистое отделяемое. При остром аллергическом конъюнктивите характерным симптомом может быть хемоз - выраженный «стекловидный» отек конъюнктивы. У поллинозных конъюнктивитов наблюдается четкая сезонность обострений связанная с временем цветения трав, цветов и деревьев. Одной из разновидностей сезонного АЗГ является так называемый, весенний кератоконъюнктивит, причиной которого является индивидуальная гиперчувствительность к ультрафиолету. Заболевание чаще наблюдается в детском возрасте. Острые и хронические АЗГ имеют общий иммунопатогенез, но главное значение в выборе терапии придается клиническому течению процесса. В выборе базисных средств местной противоаллергической терапии признаётся центральная роль гистамина и гистаминовых Н₁-рецепторов в патогенезе АЗГ. Общеизвестно, что антагонисты Н₁-рецепторов являются препаратами первого выбора. Основную терапию - в виде глазных капель - обеспечивают две группы препаратов: а) антигистаминные и б) тормозящие дегрануляцию тучных клеток. В комбинации с применением препаратов общего действия, местная терапия становится более эффективной и обеспечивает адекватный терапевтический эффект.

Актуальность проблемы и, накопленный собственный практический опыт, явились побудительным началом к написанию данной работы, целью которой является изучение клинических вариантов течения АЗГ и оценка эффективности лечения при применении препаратов «Паллада» + «Эслотин».

ПАЛЛАДА (олопатадин-0,1%) противоаллергический препарат двойного механизма действия. Является селективным ингибитором Н₁-гистаминовых рецепторов, подавляет высвобождение веществ, которые отвечают за проявление аллергических реакций немедленного типа. Уникальный двойной механизм

действия – это антигистаминный эффект и торможение дегрануляции тучных клеток. Влияние на конъюнктивальный эпителий приводит к поляризованному подавлению миграции воспалительных клеток. Этот дополнительный эффект служит обоснованием применения олопатадина в комплексе с кортикостероидами в лечении хронических воспалительных заболеваний. Олопатадин не имеет отрицательного эффекта на мембраны тучных клеток. Используется в виде глазных капель.

ЭСЛОТИН (дезлоратадин-5мг.) антигистаминный, противоаллергический и противовоспалительный препарат длительного действия. Не влияет на скорость психомоторных реакций. Обладает противоаллергическим, противозудным и противоэкссудативным действием. Уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие отека тканей, снимает спазм гладкой мускулатуры. При приеме внутрь - селективно блокирует периферические гистаминовые Н₁-рецепторы и подавляет каскад цитостатических реакций.

Методы и пациенты: Под нашим наблюдением находилось 84 пациента с различными клиническими формами АЗГ в возрасте от 5 до 53 лет. Алгоритм терапии: глазные капли ПАЛЛАДА - 0,1 % (2 раза в день, ежедневно) в сочетании с антигистаминным, противоаллергическим препаратом длительного действия ЭСЛОТИН - 5мг (однократно в сутки). Сроки лечения варьировали от 5 до 22 дней. Пациентам проводилось обследование и назначалось лечение в глазных кабинетах поликлиники №3 и медицинского центра «Медин» и проводился комплекс исследований органа зрения и зрительных функций, включающий в себя следующие методы:

1. Детальная оценка анамнестических данных.
2. Офтальмологическое исследование: визометрия, рефрактометрия, биомикроскопия, офтальмотонометрия, офтальмоскопия.

Основные исследуемые параметры: В ходе лечения исследовались жалобы, анамнестические данные, а также частота, тяжесть и продолжительность проявлений АЗГ. Критерием оценки сроков и результатов лечения – служили данные субъективного и объективного состояния пациентов. Кроме того изучалась переносимость, случаи возникновения неблагоприятных явлений и их типы. Анализ был преимущественно описательным и проводился на основании намерений лечения.

Результаты: В течение всего срока наблюдения была отмечена хорошая переносимость препаратов и уменьшение субъективных проявлений (зуда, жжения, слезотечения, светобоязни, дискомфорта, сухости и шелушения кожи век, отделяемого из глаз) и симптомов заболевания (отека и гиперемии век, фолликулеза конъюнктивы, прозрачности сред и инъекции сосудов глаза). В некоторых случаях применения капель «Паллада» пациенты отмечали появление чувства жжения, которое самостоятельно проходило через один-два дня. Полученные результаты оказались клинически значимыми во всех группах наблюдения. Осмотр пациентов проводили на 3-й, 5-й дни после начала лечения, а также через 10 и 20 дней при сезонных и хронических аллергиях. Анализировали состояние кожи век, конъюнктивальную реакцию, выраженность фолликулеза, лабора-

торно подтвержденное снижение эозинофилии, улучшение и стабилизацию зрительных функций. В начале каждой фазы обследования у всех пациентов оценивали выраженность симптомов. Субъективные проявления и объективные симптомы определялись по условной четырех бальной шкале:

0 - отсутствие признаков, 1- не явно выраженные проявления, 2 - отчетливо выраженные проявления, 3 - резко выраженные проявления признаков. В ходе исследования этапно анализировалась динамика состояния и определялся средний балл по всей группе пациентов.

Выводы: Положительное терапевтическое действие при использовании сочетания препаратов «Паллада» + «Эслотин» в лечении АЗГ - наблюдалось уже с первых дней. Вначале отмечалась положительная динамика в купировании объективных симптомов, а затем к десятому дню, стихали и субъективные признаки заболеваний. Важно отметить не только быстрое устранение проявлений глазной аллергии, но и удобный для пациентов комплекс лечения.

Ретроспективный анализ собственного практического опыта и сравнительные результаты, полученные в ходе настоящего исследования - показали, что применение сочетания фармакологических препаратов «Паллада» + «Эслотин» - более эффективно, чем лечение АЗГ другими противоаллергическими средствами. Эффективность предлагаемого метода лечения аллергических заболеваний глаз, а также отсутствие значимых побочных явлений, позволяет рекомендовать его к широкому применению в офтальмологическую практику.

*А.Н. Лембас¹, С.Ф. Гуменный², И.И. Тамней¹, В.М. Иващенко²,
С.В. Скурту², М.В. Кучинский¹, К.Ю. Захарян²*

НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

ГУ «Каменская ЦРБ», г. Каменка, Приднестровье¹
ГУ «Рыбницкая ЦРБ», г. Рыбница, Приднестровье²
lembasan@rambler.ru

This is a retrospective uncontrolled study of 165 cases of peritonitis: diffuse peritonitis was registered in 103 (62.4%) patients, local peritonitis – in 62 (37.6%) patients. The most common causes of peritonitis were acute appendicitis (31.0%), perforated gastric or duodenal peptic ulcer (23.0%), acute cholecystitis (13.9%) and acute pancreatitis (11.0%). The most common causes of diffuse peritonitis were perforated gastric or duodenal peptic ulcer (37.0%), acute pancreatitis (17.5%) and non injury-related acute surgical diseases of the large bowel (11.0%).

По данным Е.Н. Маломан (1985 г), в конце 20-го столетия в МССР основные причины перитонита были следующие: острый аппендицит – 30,89%, перфоративная язва -29,76%, острый холецистит – 10,9%, острый панкреатит – 3,73%, акушерско-гинекологические заболевания – 7,47%, травматические поврежде-

ния органов живота – 4,39%, патологические перфорации кишок – 2,44%, послеоперационный перитонит – 4,72%. За последние годы структура острых хирургических заболеваний органов брюшной полости существенно изменилась (В.А. Брагин, 2006 г).

Цель исследования. Изучить основные причины развития перитонитов в северных районах Приднестровья на современном этапе.

Материал и методы. Проведено ретроспективное неконтролируемое исследование историй болезни 165 больных, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «Рыбницкая ЦРБ» (83 больных) и ГУ «Каменская ЦРБ» (82 больных) в период с 01.01.10 – 31.12.14 гг по поводу хирургических заболеваний, осложнившихся развитием перитонита; из них, распространенный перитонит - у 103 (62,4%); местный перитонит – у 62 (37,6%) пациентов. Мужчин было 97, женщин – 68, в возрасте 58 ± 0,86 лет.

В своей практической деятельности применяли классификацию перитонитов РАСХИ (2005 г). В исследование были включены панкреатогенные ферментативные перитониты, подтвержденные либо во время диагностической лапароскопии, либо во время операции. В число послеоперационных перитонитов (8 больных) были включены третичный перитонит (5 пациентов), послеоперационный перитонит вследствие несостоятельности кишечного анастомоза (3 больных). К осложненному колоректальному раку (8 больных) относили случаи перфорации опухоли (3 больных) и диастатических разрывов правых отделов толстой кишки (5 больных). Оценка тяжести перитонита проводилась при помощи шкалы MPI (Mannheim Peritonitis Index, 1987 г). В исследование не были включены случаи перитонитов у детей.

Результаты и обсуждение. Основные причины развития перитонита у исследуемых больных (165 пациентов) были следующие:

- острый аппендицит – у 51 (31,0%) больного, из них, местный перитонит – у 43 (84,3%), распространенный перитонит – у 8 (15,7%);
- прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК) – у 38 (23,0%) больных;
- острый холецистит – у 23 (13,9%) больных, из них, местный перитонит – у 19 (82,6%), распространенный перитонит – у 4 (17,4%);
- острый панкреатит – у 11 (11,0%) больных;
- нетравматическая острая хирургическая патология толстой кишки – у 11 (6,7%) больных, из них, осложненный колоректальный рак (КРР) – у 8, перфорация дивертикулов толстой кишки – у 3;
- послеоперационный перитонит – у 8 (4,8%) больных;
- некроз стенки полого органа – 7 (4,2%) больных;
- травматический разрыв стенки кишки – у 6 (3,6%) больных;
- острые воспалительные гинекологические заболевания – у 3 (1,8%) больных.

Таким образом, основными причинами перитонита у исследуемых больных были острый аппендицит (31,0%), перфоративная язва желудка или ДПК (23,0%), острый холецистит (13,9%), острый панкреатит (11,0%). При этом, при остром аппендиците и при остром холецистите в большинстве случаев был

диагностирован местный перитонит: при остром аппендиците – в 84,3%, при остром холецистите – в 82,6% случаев.

Несколько иные данные были получены при изучении основных причин распространенного перитонита (103 пациента):

- перфоративная язва желудка или ДПК – у 38 (37,0%) больных;
- острый панкреатит – у 18 (17,5%);
- нетравматическая острая хирургическая патология толстой кишки – у 11 (11,0%), из них, осложненный колоректальный рак – у 8, перфорация дивертикулов толстой кишки – у 3;
- послеоперационный перитонит – у 8 (7,8%);
- острый аппендицит – у 8 (7,8%);
- некроз стенки полого органа – у 7 (6,8%);
- травматическое повреждение кишки – у 6 (5,8%);
- острый холецистит – у 4 (3,9%);
- острые воспалительные гинекологические заболевания – у 3 (2,9%) больных.

Согласно полученным данным, основные источники распространенного перитонита были: перфоративная язва желудка или ДПК (37,0%), острый панкреатит (17,5%), нетравматическая острая хирургическая патология толстой кишки (11,0%).

Несмотря на то, что основной причиной распространенного перитонита была прободная язва желудка или ДПК, тяжесть самого перитонита (МРІ) при этой патологии была минимальной - I степень тяжести (менее 21 балла МРІ) была у 35 из 38 больных. Считаем, что этот факт обусловлен тем, что перфорация язвы желудка или ДПК встречалась в основном у пациентов молодого и среднего возраста, своевременным обращением больных за медицинской помощью (обращение за медицинской помощью не позже 12 час с момента заболевания), во время операции был выявлен серозный или серозно-фибринозный перитонит. Тяжесть перитонита II степени (21- 29 баллов МРІ) или III степени (более 29 МРІ) была отмечена при наличии его источника в толстой кишке (острый аппендицит, перфорация дивертикулов толстой кишки, осложненный КРР), при травматическом разрыве стенки кишки, при остром тяжелом панкреатите.

Выводы:

1. Основными причинами перитонита в северных районах Приднестровья в период с 01.01.10 – 31.12.14 гг оставались острый аппендицит (31,0%), перфоративная язва желудка или ДПК (23,0%), острый холецистит (13,9%), острый тяжелый панкреатит (11,0%).

2. В этот же период времени (01.01.10 – 31.12.14 гг) основные причины распространенного перитонита в северных районах Приднестровья были: перфоративная язва желудка или ДПК (37,0%), острый панкреатит (17,5%), нетравматическая острая хирургическая патология толстой кишки (11,0%).

3. Тяжесть I степени (МРІ) чаще характерна для перитонитов вследствие прободной язвы желудка или ДПК. Тяжесть перитонита II-III степени (МРІ) характерна при локализации его источника в толстой кишке, поджелудочной железе или вследствие травматической перфорации кишечной стенки.

*Р.Л. Скляр, Г.В. Фомов, А.П. Додул, П.А. Филоненко,
В.О. Поперешнюк, А.О. Рассолова*

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ РГИВОВ, отделение сосудистой хирургии
ПГУ им. Т.Г. Шевченко кафедра хирургии с циклом онкологии
г. Тирасполь, Приднестровье

Хронические окклюзирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) занимают значительное место среди заболеваний сосудов, носят разные названия, отличаются по этиопатогенезу и морфологии, но клинически проявляются весьма похожими симптомами. Эти заболевания большей частью характеризуются тяжелым, прогрессирующим течением и часто приводят к продолжительной потере трудоспособности и даже инвалидизации больных. Если учесть, что ими страдают в основном мужчины молодого и среднего возраста, а консервативные и хирургические методы лечения недостаточно эффективны, что подтверждается частотой ампутаций пораженных конечностей, становится очевидной социальная значимость проблемы и необходимость упорных поисков эффективных методов лечения данной сложной патологии, которой страдает около 18% населения земного шара [1].

Значительную часть заболеваний этой этиологической группы составляют поражения магистральных и периферических сосудов. Так, частота ХОЗАНК в возрастной группе пациентов 40–60 лет составляет 8–10%, а в возрастной группе старше 60 лет этот показатель достигает 20%. В подавляющем большинстве случаев консервативная терапия у данной группы пациентов обеспечивает лишь временное улучшение, а иногда оказывается вообще неэффективной. Последний факт ведет к возрастанию роли хирургического лечения поражения сосудов и является причиной бурного развития различных направлений сосудистой хирургии.

Одной из самых трудных и нерешенных проблем сосудистой хирургии остается лечение критической ишемии нижних конечностей (КИНК), доля которой составляет до 15–20% в структуре ХОЗАНК в целом. В течение 5-летнего периода наблюдения при отсутствии адекватного лечения сохранить конечности удается только у 30% больных с КИНК, а у 52% пациентов выполняются ампутации нижних конечностей, еще 18% пациентов умирают от причин, связанных с развитием осложнений КИНК [2,3].

Публикации в отечественной и зарубежной печати свидетельствуют о том, что до настоящего времени процент ампутаций у больных с КИНК остается на довольно высоком уровне. В европейских странах количество ампутаций, выполняемых ежегодно у больных с КИНК, составляет в среднем от 150 до 280 на 1 000 000 населения. Более того, очевидным становится прирост числа ампутаций нижних конечностей у больных трудоспособного возраста, т. е. до 60 лет. Возрастающая инвалидизация трудоспособного населения сопряжена с огромными материальными затратами на медицинскую и социальную реабилитацию таких больных [4,5].

В большинстве случаев для установления правильного диагноза и определения тактики оперативного вмешательства достаточно ультразвукового (УЗ) дуплексно-сканирования. Но когда речь идет об атеросклеротическом поражении берцовых артерий, что является наиболее частой причиной ампутаций нижних конечностей, УЗ метод обследования сосудов является недостаточным. Контрастная ангиография является «золотым стандартом» как при визуализации нормальных артерий, так и при сосудистой патологии. В данной категории обследования наиболее актуальным и информативным является компьютерная томография с ангиографией (КТА) и магнитнорезонансная ангиография (МРА) (например, в случае критической ишемии с обеднением кровотока по ноге и поражением артерий ниже колена, которые трудно распознаются по цифровой субтракционной ангиографии). Аксиальные срезы, получаемые на КТА или МРА, могут дать дополнительную ценную информацию для визуализации некоторых эксцентрических, неоднозначных поражений, поскольку эти технологии позволяют провести 3D-визуализацию.

Материалы и методы:

В нашей работе было проанализировано 134 истории болезни больных с ампутациями нижних конечностей в ГУ РГИВОВ и ГУ РКБ за 2012 и 2013 гг. Больных от 40 до 50 лет – 23 человека, от 51 до 60 лет 25 – человек, от 61 до 70 лет – 49 человек, от 71 до 80 лет – 26 человек, старше 80 лет – 11 человек. Все больные перенесли ампутации нижних конечностей на фоне окклюзирующей патологии сосудов нижних конечностей подтвержденной либо УЗИ сосудов, либо анамнестическими данными, либо осмотром сосудистого хирурга. Все пациенты, имевшие УЗИ сосудов и осмотренные ангиохирургом были признаны неоперабельными из-за периферической формы атеросклероза. Ни одному пациенту не было проведено ангиографии.

Обсуждение.

В нашей республике КТА и МРА являются недоступными для большинства граждан ввиду низкой материальной обеспеченности пациента с одной стороны и высокой стоимости исследования с другой. Зачастую, за помощью в отделение сосудистой хирургии обращаются пациенты с критической ишемией нижних конечностей (КИНК). Таким пациентам требуется проведение КТА либо МРА в срочном порядке однако, узнав о стоимости исследования, пациенты либо отказываются от его проведения, либо временно воздерживаются, надеясь на положительный эффект от консервативной терапии. Однако быстро прогрессирующее течение заболевания приводит к развитию гангрены и неизбежной ампутации и инвалидизации пациента.

По данным литературы [5] проводя сравнения отдалённых результатов (5-ти летний период) комплексного хирургического лечения КИНК установлено, что хирургический метод у 63% пациентов позволяет избежать ампутации нижних конечностей. Таким образом, сопоставляя количество произведенных в ПМР ампутаций (около 290 в год), можно с уверенностью, опираясь на мировой опыт, утверждать, что около 63 % – 107-ми пациентам можно было - бы избежать данной операции. А, учитывая тот факт, что наше государство вынуждено выплачивать своим гражданам, пособие по инвалидности, которое составляет в среднем около 800 руб. ПМР в месяц, а это 9600 руб. в год, нетрудно сопоставить следующие циф-

ры: стоимость КТА - 3888 руб.× 290 (пациентов перенесших ампутацию)= 1 127 520 руб. в год. Таким образом сумма, затрачиваемая на пособия по инвалидности в нашей республике составляет 9600 руб. в год× 290(пациентов перенесших ампутацию)= 2784000 руб. в год. Получив возможность бесплатной КТА для пациентов с КИНК, ангиохирурги ГУ РГИВОВ смогли бы выполнить большее количество результативных оперативных вмешательств, а бюджет нашей республики мог бы сэкономить до 1027000 руб. в год. Необходимо также помнить и тот факт, что в нашей работе мы опирались на мировой опыт лечения ХОЗАНК, где эффект от проведенного оперативного лечения оценивался за пятилетний период, следовательно и сэкономленная сумма может быть умножена на пять.

Выводы.

Обеспечение государством бесплатной компьютерно-томографической ангиографией позволит экономить государству значительные материальные средства, которые можно направить на иные приоритетные направления в сфере здравоохранения! А учитывая тот факт, что значительное количество граждан ПМР смогут сохранить качество жизни и отчасти трудоспособность, трудно переоценить положительный эффект от предлагаемого экономического решения.

Литература:

1. Лупальцев В.И., Дехтярук И.А., Ягнюк А.И. и др. Хронические окклюзирующие заболевания артерий конечностей. – Харьков: ХНМУ, 2010. – с. 3.
2. Покровский А.В., Зотиков А.Е. Перспективы и действительность в лечении атеросклеротических поражений аорты.- М., 1996. С. 189-225
3. Савельев В.С., Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечностей». – М., 1997 С. 22-25.
4. Beart J.D.// Ангиология и сосудистая хирургия – 1998. – Т.4, №1. С. 72- 82.
5. Management of peripheral arterial disease(PAD) TASC.// Intern. Angiol. – 2000. – vol. 19, suppl/ А.-Р. 1-304

С.В. Сандер, С.Д. Химич

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова
Кафедра хирургии медицинского фак-та №2,
Кафедра общей хирургии медицинского фак-та №1
г. Винница, Украина, sergeysander@mail.ru

Critical lower limb ischemia is a rapidly progressive state. The urgent treatment is certainly necessary for patients with critical lower limb ischemia. The best method of treatment is the reconstructive operation. But more than 70 % of patients haven't got conditions for the reconstruction. That is why, we recommend forced intra-arterial injection and blockages of n. femoralis and n. ishiadicus if a patient hasn't got conditions for the re-

construction. If intra-arterial injection and blockages are of no efficiency, the amputation of a segment with the compensative collateral circulations is recommended.

Методом выбора при лечении критической ишемии нижних конечностей (КИНК) являются реконструктивные операции (РО). Но, у 31-83% больных условия для их выполнения отсутствуют. Часто (до 4,6 на 10 тыс) возникают показания к санирующим операциям и ампутациям. Мнения по поводу подготовки и сроков их проведения разнятся. Трудной задачей является некупируемая боль, которую большинство хирургов считают показанием к ампутации бедра.

Цель – установить степень неотложности КИНК и разработать алгоритм неотложных действий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 236 больных с КИНК. Проводили УЗ-сканирование, ангиографию, лазерную фотоплатизмографию. Условия для РО отсутствовали у 178. В I группе (29 - ишемия IIIA, 46 – IIIB, 63 - IV) проводили фармакотерапию. У 12 больных были выполнены РО. Во II группе (23 - ишемия IIIA, 31 – IIIB, 49 - IV) в ургентном порядке проводили форсированное внутриартериальное (в/а) введение реологических и ангиотропных препаратов. В связи с некупируемой болью и с целью раскрытия коллатералей и оценки соотношения функциональных и органических изменений проводили блокады бедренного и седалищного нервов. У 14 больных после 2-3 дневной подготовки проводили РО.

Результаты и их обсуждение. При КИНК фармакотерапия положительной динамики не обеспечивала, ишемия прогрессировала. Только в ближайшее время (1 мес) высокую ампутацию выполнили у 52 больных (39,1%). При задержке проведения развивалась тяжёлая интоксикация (8,1%). При ишемии IIIA ст. систолическое давление (СД) на голени превысило критический уровень лишь у 4 больных. Скорость кровотока оставалась низкой: при ишемии IIIB ст реактивная гиперемия превышала критический уровня (70 сек), при ишемии IV ст - некротический (более 2 мин). Отсроченное проведение РО сопровождалось реперфузионным синдромом у 4 больных, тромбированием реконструированного участка у 7, ампутацией в течение года у 5.

Во II группе при ишемии IIIA ст клинические изменения приближались ко II ст. При ишемии IIIB ст у 8 больных удалось купировать боль, у 24 - возникало ощущение тепла в проксимальной части стопы. При ишемии IV ст у 30 пациентов удавалось купировать боль на 2-8ч, у 26 - в голеностопной области возникало ощущение легкого тепла. Высокие ампутации были проведены у 22 больных (21.3%). При ишемии IIIA ст СД на голени превысило критический уровень у 18 больных. При ишемии IIIB ст скорость кровотока возростала достоверно, но у большинства больных на стопе оставалась ниже критического уровня (реактивная гиперемия – 70 сек). Уровень СД превысил критический лишь у 8 больных. При ишемии IV ст значительно возростала скорость кровотока в области голени. На стопе этот показатель опускался ниже „некротического” уровня (реактивная гиперемия - 2 мин) у 12 больных. При ишемии IIIA ст отмечали стабилизацию ритмично пульсирующего низкоамплитудного кровотока. При ишемии IIIB и IV ст рост амплитуды и стабилизацию пульсирующего кровотока отмечали лишь на

голении и в коленной области. Проведение РО сопровождалось реперфузионным синдромом у 3 больных, тромбированием реконструированного участка у 5, ампутацией в течение года у 4.

В условиях КИНК необратимые изменения тканей могут быстро прогрессировать и приводить к необходимости высокой ампутации. Даже восстановление магистрального кровотока не гарантирует сохранение конечности. Поэтому КИНК следует рассматривать как неотложное состояние. Позитивное влияние форсированного в/а введения мы связываем с увеличением градиента давления и коррекцией эндотелиальной дисфункции (улучшение показателей реактивной гиперемии) на участках с сохранённым функциональным резервом (пульсирующий кровоток). При ишемии IIIA ст уменьшалась атония сосудов и раскрывались коллатерали (позитивная динамика реактивной гиперемии). При ишемии IIIB–IV ст эффект реализовался в коленной области и на голени, что вызывало „обкрадывание” дистальных отделов, углубляло их ишемию, увеличивало угрозу ампутации. Положительное влияние блокад обусловлено расслаблением мышечной оболочки сосудов, сохранивших структуру, увеличением их просвета и кровотока.

Алгоритм неотложной помощи предполагает установить в течение 1-2 дней операбельность. Если больной операбельный - выполнить РО, если неоперабельный – провести короткий курс блокад та форсированного в/а введения. При позитивной динамике со стороны стопы – продолжить блокады и в/а введение (нескольких дней), после чего перейти на поддерживающую фармакотерапию. Если позитивная динамика отсутствует – показана ампутация голени (при позитивной динамике со стороны голени) или бедра.

Выводы. КИНК – неотложное состояние, при котором в срочном порядке необходимо установить наличие условий для РО. При нереконструктабельности эффективными компонентами лечения являются форсированное в/а введение и блокады, позволяющие снизить долю высоких ампутации, выполняемых в ближайший период, с 39,1 до 21,3%.

Р.В. Урсан, А.В. Пикуленко, В.А. Карандашов, А.В. Васильчук

РЕГИОНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПАРАТОНИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА КАК НЕОТЛОЖНОГО СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ЛОР БОЛЕЗНЕЙ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Кафедры анатомии и общей патологии,
хирургии с циклом онкологии, биологии и физиологии человека
ЛОР отделение ГУ РКБ
г. Тирасполь, Приднестровье, (533) 95837, aaron@mail.ru

This abstract presents the analysis of morbidity and clinical features of patients diagnosed with peritonsillar abscess in Pridnestrovie over the last 5 years

Паратонзиллярный абсцесс можно считать относительно редким осложнением воспалительного процесса в миндалинах или окружающих миндалины тканях. В среднем, по данным разных авторов, частота осложнения воспалительного процесса в области миндалин паратонзиллярным абсцессом составляет 1,68%. Вместе с тем, паратонзиллярный абсцесс может приводить, к смертельно опасным осложнениям: флегмоне шеи, медиастиниту, сепсису. Смертность от последних остаётся на крайне высоком уровне, что делает паратонзиллярный абсцесс острой и актуальной проблемой. В российской периодической литературе этой проблеме уделено сравнительно мало внимания, а структура заболеваемости, факторы риска и особенности клинической картины в Приднестровье ранее не освещались в доступной нам литературе, что и послужило целью данного анализа.

Материалы и методы. Были ретроспективно исследованы истории болезни за последние 5 лет (с октября 2010 по октябрь 2015) пациентов, находившихся на стационарном лечении в ЛОР отделении ГУ РКБ г.Тирасполь. Проводился возрастной, гендерный анализ, а также анализ факторов риска, сезонности, клинических проявлений. Полученные результаты сравнивались с данными научной русскоязычной и англоязычной периодической литературы.

Результаты и обсуждение. Всего за последние 5 лет на стационарном лечении в ЛОР отделении по поводу паратонзиллярного абсцесса находилось 160 пациентов, из них 95 мужчин и 65 женщин, что составляет 60 и 40 процентов соответственно. Средний возраст пациентов составил $35 \pm 9,2$ года. Преобладание лиц молодого возраста лишь подчёркивает актуальность данной проблемы.

Каждый второй пациент (52%) курил, что совпадает с данными литературы, представленных на ресурсе Pubmed. Это позволяет считать курение, вероятным фактором риска паратонзиллярного абсцесса.

Удивительным оказалась сезонность паратонзиллярного абсцесса. Нами ожидалось уменьшение заболеваемости, по меньшей мере к летним месяцам, однако в действительности отмечалась иная тенденция: осенью и зимой по 25%, весной 20% и самый высокий показатель приходится именно на лето - 30%. Такое сезонное распределение можно объяснить особенностями реактивности организма в летние месяцы и, вместе с тем, низкой адаптированностью организма к температурным колебаниям. Хотя нельзя исключить изменение свойств самих возбудителей или других вмешивающихся внешних факторов, например, меньший доступ к врачам в период летней отпускной кампании. В любом случае этот вопрос требует дальнейшего, более глубокого исследования, включающего детальные микробиологические, эпидемиологические и иммунологические исследования.

Ведущими клиническими симптомами при паратонзиллярном абсцессе явились: тризм жевательных мышц ($p < 0,01$), девиация язычка мягкого неба ($p < 0,01$), девиация верхнего полюса миндалины ($p < 0,05$), приглушенный голос ($p < 0,05$), который в англоязычной литературе именуют, как симптом «горячей картошки во рту». Другие симптомы находились в пределах ошибки. Риск развития паратонзиллярного абсцесса не зависел от характера и длительности бо-

левого синдрома. Все данные, касающиеся клинической картины полностью соответствуют данным литературы.

Выводы. Паратонзиллярный абсцесс развивается преимущественно у мужчин трудоспособного возраста. Каждый второй пациент курит, что можно считать вероятным фактором риска паратонзиллярного абсцесса. Заболеваемость в летние месяцы несколько превышает заболеваемость в остальное время года, что требует дополнительных исследований и более детального анализа. Главными клиническими симптомами паратонзиллярного абсцесса следует считать: тризм, отклонение увулы, девиацию верхнего полюса миндалины, приглушенный голос.

Г.В. Фомов, В.П. Горпинюк, М.В. Дутка, В.В. Звягинцев

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЕТЛЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ СЛОЖНЫХ ТИПОВ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ

ГУ РКБ, отделение эндоскопической и малоинвазивной хирургии
ПГУ им. Т.Г. Шевченко кафедра хирургии с циклом онкологии
г. Тирасполь, Приднестровье

Внедрение эндоскопических методов исследования в клиническую практику определило прогресс во многих разделах медицины – гастроэнтерологии, пульмонологии, акушерстве и гинекологии, урологии, педиатрии. Разработка специального инструментария и использование при эндоскопических вмешательствах рентгенологических методик, электрического тока, ультразвука, лазера и других физических, химических и биологических факторов превратили эндоскопию в самостоятельный раздел медицинской науки с возможностями изучения патогенеза и патофизиологии заболеваний, решения диагностических, тактических и лечебных задач. Эндоскопия применяется не только в клиниках, но стала достоянием учреждений практического здравоохранения городских и районных больниц. Следует признать, что квалифицированная работа врачей многих специальностей теперь невозможна без эндоскопических методов.

Можно с уверенностью сказать, что в настоящее время эндоскопия вышла далеко за рамки только осмотра и смысл слова «эндоскопия» не отражает того разнообразия диагностических и лечебных вмешательств, которые стали общепринятыми в больницах и клиниках. Это связано не только с высокой разрешающей способностью эндоскопов, но и в равной степени с созданием специального инструментария. Арсенал последнего чрезвычайно велик. Он включает разнообразные щипцы для биопсии, цитологические щетки, захваты, ножницы, трубки-катетеры, кюретки, иглы, петли, диатермические электроды и резцы. С помощью этих инструментов можно выполнять разнообразные вмешательства: рассечение, отсечение и соединение тканей органов, извлечение инородных тел, введение лекарственных препаратов и т. д.

Инородные тела в желудочно-кишечный тракт попадают извне (кости, гвозди, монеты и др.), образуются в нем (безоары, камни) и вносятся во вре-

мя операций (шовный материал, клипсы). Они приводят к нарушению функции соответствующих органов и развитию грозных осложнений (воспалений, перфораций, кровотечений и др.).

Несмотря на кажущуюся простоту, обнаружение инородного тела и выбор тактики лечения (наблюдение, хирургическая операция) нередко трудны, так как общепринятый рентгенологический метод диагностики эффективен только при рентгено-контрастных инородных телах.

Инородные тела могут локализоваться во всех органах желудочно-кишечного тракта, в том числе и в толстой кишке, куда они попадают из верхних отделов, ретроградно – через прямую кишку, и в трахеобронхиальном дереве. Это определяет широту эндоскопических исследований – применение эзофаго-, гастро-, дуодено-, колоно – и бронхоскопии.

Нельзя не подчеркнуть один важный факт: именно при инородных телах наглядно демонстрируется большое значение эндоскопии, которая не только исключает проведение других диагностических методик и опасный период длительного наблюдения за больными, но и предотвращает проведение травматичных хирургических операций. Эндоскопическому извлечению подлежат все инородные тела, свободно расположенные в просвете органа и внедрившиеся в его стенку. Противопоказаний к эндоскопической операции практически не должно быть.

Извлечение инородных тел из пищевода - самая первая операция, производимая с помощью - эндоскопа, показавшая преимущество эндоскопического лечения по сравнению с хирургическим. Соответственно виду инородных тел применяют разнообразные инструменты – щипцы, петли, корзинки, магнитные экстракторы, захваты и др. (Рис. 1) для извлечения инородных тел.

Технические приемы при извлечении инородных тел чрезвычайно разнообразны и определяются их видом, особенностями изменений в органах, типом эндоскопов и наличием соответствующего инструментария.

Успех удаления инородных тел в большой степени определяется опытом врача, подготовленностью помощника и слаженностью их работы. Захватывание инструментом инородного тела – кропотливая и порой длительная работа. Например, при захватывании биопсийными щипцами тупого конца иглы, внедрившейся в стенку желудка, их приходится много раз раскрывать и закрывать, соразмеряя направление движения, силу их закрытия и т. д. Даже петлей конец иглы, проволоки и других инородных тел захватить непросто, столь неудобным бывает их расположение в органе.

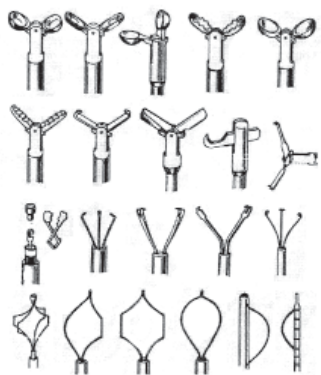


Рис. 1. Эндоскопические инструменты.

Длительная тренировка, анализ неудач и регулярные занятия повышают мастерство врача и его ассистента.

В ходе практической деятельности врача - эндоскописта могут встречаться случаи, когда инородное тело невозможно удалить имеющимся в его арсенале инструментарием. В частности сюда могут относиться инородные тела со скользкой или хорошо отшлифованной поверхностью (градусники, ампулы с лекарственными препаратами, иглы). Опасность извлечения таких инородных тел связана с их конструктивными особенностями, в частности градусник приходится захватывать за «перешеек», что несёт опасность излома в указанной части при прохождении кардии, то же самое может произойти и с ампулой. Ввиду указанных опасностей считаем неоправданным проведение такого рода манипуляций. Помимо опасности их извлечения нельзя не отметить и техническую сложность захватывания такого рода предметов, что в значительной степени удлиняет эндоскопическую процедуру, отнимает много сил и времени.

Для решения данной проблемы нами была разработана и опытным путём апробирована эндоскопическая петля с силиконовой нитью (рис. 2). Данное изделие в значительной степени повышает удобство и надёжность захватывания скользких инородных тел. В частности, при применении такого рода петли, уже нет необходимости захватывать инородное тело в узком месте для повышения надёжности фиксации, а позволяет захватывать предмет с любой доступной стороны. Для определения возможной силы захвата нами был проведён опыт: один конец градусника был фиксирован к нанометру, второй конец в первом случае захвачен обычной диатермической петлёй, во втором случае нашей усовершенствованной петлёй с силиконовой нитью, после чего проводилась тракция Рис.3. Оценивались результаты показания динамометра до момента соскальзывания петли с градусника.

Полученные результаты: в первом случае, с усовершенствованной петлёй, градусник удерживался при показателях нанометра с тракцией с силой $v-3,9 \pm 0,1 \text{ Н}$, во втором случае, при использовании стандартной диатермической петли, последняя соскальзывала с захваченного предмета при силе тяги – $2,1 \pm 0,1 \text{ Н}$. Опыт произведён десятикратно с каждой



Рис. 2. Эндоскопическая петля с силиконовой нитью.



Рис. 3. 1 - пружинный динамометр, 2- градусник, 3- эндоскопическая петля, 4- эндоскоп.

петлей для исключения погрешности. Для подтверждения результатов, произведена статистическая обработка материала.

Для проверки степени достоверности при статистической оценке полученных параметров проведено сравнение через t – критерий Стьюдента.

Средний показатель допустимой силы тракции с использованием модернизированной петли – $3,9 \pm 0,1$ ($\bar{X}_1 = 2,1$; $S_2^2 = 1$), а стандартным инструментом составил $2,1 \pm 0,1$ Н ($\bar{X}_2 = 1,3$; $S_1^2 = 1$), а сравнение через критерий Стьюдента для двадцати манипуляций приобретает следующий вид:

$$t = \frac{|\bar{X}_1 - \bar{X}_2|}{\sqrt{S^2}} \sqrt{\frac{n_1 \times n_2}{n_1 + n_2}} = \frac{|2,1 - 1,3|}{1} \sqrt{\frac{20 \times 20}{40}} = 5,6,$$

что больше табличного значения $t_{t(0,01;v=38)} = 3,45$. Таким образом, можно утверждать с вероятностью более $> 99,9\%$, предлагаемая модернизированная эндоскопическая петля, по сравнению с использованием стандартной диатермической петли, позволяет надежнее захватывать скользкие инородные тела. Подана заявка на полезную модель.

Выводы: Усовершенствованная эндоскопическая петля предоставляет бесспорные преимущества в работе, и позволяет с достаточной степенью уверенности в безопасности производить извлечение сложных типов инородных тел из желудочно-кишечного тракта и из трахеобронхиального дерева.

Литература:

1. Балалыкин А.С. Эндоскопия., Медицина 1987г. 288 с.
2. Каталог рекомендуемого эндоскопического оборудования и инструментария для проведения малоинвазивных вмешательств. Олимпус, Япония, 2015г. С 1-3.

С.Д. Химич, А.И. Рева, А.В. Фуников, А.П. Превар

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова.
Узловая клиническая больница станции Винница, Юго-Западной железной дороги
г. Винница, Украина

Вступление. Известно, что анальная трещина довольно частое заболевание, занимающее третье место в структуре проктологических больных после колитов и геморроя (В.Д.Федоров, Ю.В.Дульцев, 1984). По данным других авторов частота анальной трещины колеблется в пределах от 11 до 15% всех заболеваний толстой кишки и составляет 20-23 случая на 1000 человек взрослого населения, причем частота заболеваемости растет за счет гиподинамии, некачественного питания и через нарушения работы органов пищеварения (Л.А.Благодарный, 2002; R.Durai et al., 2010; P.Katsinelos et al., 2006). Вместе с тем в литературе все таки мало уделяется внимания этой патологии, в первую очередь, видимо, это связано с тем, что «такое пустяковое

заболевание» не заслуживает особого внимания хирургов (проктологов). Однако, как бы там ни было наличие анальной трещины для больного хоть и не является архипроблемой для общего здоровья, но существенно снижает качество жизни.

Цель. В связи с этим хотелось бы поделиться некоторыми своими наблюдениями относительно подхода к лечебной тактике данной патологии.

Материалы и методы исследования. На базе хирургического отделения «УКБ ст. Винница» с 2006 по 2014 год было выполнено 3767 общехирургических операций, в том числе 43 операции по поводу трещины заднего прохода, что составило всего 1,14% от всех операций. Мужчин было 18 и женщин – 25. В основном это были люди работоспособного возраста. Не будем останавливаться на причинах данного заболевания и клинической картине – они хорошо известны. Скажем лишь только то, что это были пациенты с хроническими, и как правило, с каллезными трещинами, которые лечились самостоятельно и амбулаторно от нескольких месяцев до нескольких лет. У 34 пациентов из 43, трещины локализовались на 6 часах (иными словами – это были задние анальные трещины), у 5 – на передней стенке и еще у 4 – на боковых стенках анального отверстия.

Результаты и их обсуждение. При лечении таких больных тактика была следующей. При наличии каллезной трещины с болевым синдромом и перифокальным воспалением на 1-3 дня пациенту давали противовоспалительные препараты и местно (после гигиенических ванночек) рекомендовали накладывать повязку с противовоспалительной мазью (например «Илон»). Части больным назначали рег гестум свечи Дистрептазы. Действие Дистрептазы было направлено на улучшение кровотока в области прямой кишки и анального отверстия, уменьшения болевого синдрома и процессов воспаления. После такой подготовки производили оперативное лечение. Следует сказать о том, что в качестве обезболивания следует отдавать предпочтение не местной анестезии, а внутривенному наркозу. Это удобно и хирургу и легче для больного. Само оперативное вмешательство, как правило заключалось в иссечении старой каллезной трещины (с наложением, при необходимости 1-2 атравматических шва) и проведении девульсии. В послеоперационном периоде применялись противовоспалительные препараты, Дистрептаза, анальгетики и мазевые повязки (с мазью Тирозур, Левомеколь). Антибиотики назначались редко и только в том случае если оперативное вмешательство было относительно травмирующим, возраст более 50 лет и при наличии отягочающих сопутствующих заболеваний (например, сахарный диабет).

Больных выписывали, как правило, через 3-5 дней на амбулаторное лечение, где больные еще продолжали лечение на протяжении 1-2 недель.

Выводы. В целом активное хирургическое лечение «застарелых анальных трещин» с использованием Дистрептазы приводит к более быстрому уменьшению болевого синдрома и сокращению сроков лечения от 4-5 до до 8-10 суток, по сравнению с консервативными способами лечения и без применения Дистрептазы.

Я.А. Барбунов, Д.Н. Сертинян

АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МЕЛОКСИКАМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Отделение анестезиологии и реанимации ГУ «БЦМиР»
г. Бендеры, Приднестровье
(777) 17087, E-mail: barbunova@gmail.com

Analgesic effect of Meloxicam for the treatment of pain in the early postoperative period in gynecological patients

Несмотря на значительные научные исследования обезболивания раннего послеоперационного периода в гинекологии, хотелось бы осветить анальгетический эффект Мелоксикама.

Актуальность работы: Число оперативных вмешательств у гинекологических пациентов постоянно растет. Гинекологические больные в БЦМиР, в связи с отсутствием лапароскопической службы, подвергаются лапаротомическому хирургическому вмешательству. Боль является главным фактором или одним из основных, который стоит у основания развития ряда грозных послеоперационных осложнений. Поэтому так важно предоставить адекватное обезбоживание в послеоперационном периоде для уменьшения риска возникновения этих осложнений. Для этих целей изыскиваются и внедряются различные медикаментозные средства, которые имели бы максимальный анальгетический эффект с минимальными осложнениями.

Цель работы: Оптимизация терапии болевого синдрома в послеоперационном периоде у гинекологических пациентов после хирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования: Изучение включало в общем 62 пациентки, которые в послеоперационном периоде по методу обезбоживания были разделены на две группы:

1) Контрольная группа из 31 пациентки получали послеоперационное обезбоживание по обычной принятой классической методике.

2) Группа из 31 пациентки, включающая 8 тубэктомий, 7 апоплексий яичника, 1 субтотальная гистерэктомия и 15 кистэктомий, у которых оперативное вмешательство было произведено под внутривенной тотальной анестезией, смииopleгией, интубацией трахеи и ИВЛ. А в послеоперационном периоде с целью купирования болевого синдрома получали по 15mg Meloxicam в/м один раз в сутки. Анальгетический эффект оценивался пациентками в соответствии с цифровой и визуально-аналоговой шкалой боли в зависимости от болевых ощущений по пунктам от 0 до 10. Также состояние пациентки определялось по клиническим и параклиническим параметрам.

Результаты и их обсуждение: Результаты данного исследования показывают, что применение Meloxicam с целью послеоперационного обезбоживания

у пациенток, которым производились гинекологические хирургические вмешательства, отмечали низкий уровень болевого синдрома в 89% случаев. Болевые ощущения по визуальной шкале в этой группе определялись на уровне 1-4 пункта, что говорит об адекватном обезболивании и подтверждается стабильными показателями АД и пульса, без вегетативных расстройств и каких-либо патологических изменений или отклонений на ЭКГ.

Можно выделить подтвержденное клинически и лабораторно отсутствие побочных эффектов со стороны органов кроветворения, кожных покровов, дыхательной нервной мочеводелительной, сердечнососудистой системы, со стороны органов чувств, аллергических реакций.

В контрольной группе такой уровень обезбоживания определялся только у 58% пациенток. Тошнота и рвота во 2гр. возникла у 4,6% пациенток, в сравнении с 10,4% контрольной группы.

Выводы: Meloxicam, НПВС, производное энолиевой кислоты, производное оксикама, с его фармакологическим действием-противовоспалительным, анельгизирующим, жаропонижающим- является селективным ингибитором ЦОГ-2, регулирующим синтез ПГ в очаге воспаления, может с успехом использоваться для послеоперационного обезбоживания гинекологических пациенток, у которых проводились оперативные хирургические вмешательства.

Н.В. Слепуха

СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫВОРОТА МАТКИ В РОДАХ (ВПЕРВЫЕ В РЕСПУБЛИКЕ)

ГУ Республиканский центр матери и ребенка.
г. Тирасполь, Приднестровье
(533)7-90-12, trb_5@idknet.com

В мировой литературе к 2015 году описано около 300 случаев выворота матки после нормальных и патологических родов. В доступных отечественных источниках сообщено о 16 таких наблюдениях. В ряде случаев выворот матки происходит случайно на фоне видимого благополучия женщины, чаще всего при ослаблении связочного аппарата и недостаточном сокращении матки после родов, реже – при травматичном ведении III периода родов: выжимание последа рукой, потягивание за пуповину при отсутствии признаков его отделения от стенки матки.

Приводим наше наблюдение.

Беременная К., 18 лет, студентка, поступила в отделение патологии беременных ГУ РЦМ и Р с беременностью 41-42 недели, крупным плодом. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания в сроке 23-24 недели, обострением гестационного пиелонефрита и анемией легкой степени, по поводу чего проводилось стационарное (в ОПБ) и амбулаторное лечение в женской консультации. Выявлена также гиперплазия щитовидной железы I степени с эутиреозом, рекомендовано

РОДОВСПОМОЖЕНИЕ БЕЗ ОГЛЯДКИ НА ТРАДИЦИИ

ГУ Республиканский центр матери и ребенка.
ПГУ им. Т.Г. Шевченко, медицинский факультет,
кафедра акушерства и гинекологии.
г. Тирасполь, Приднестровье
(533)7-90-13, trb 5@idknet.com

обследование эндокринолога после родов. Добавлен акушерский диагноз: хронический дистресс плода. Все факторы риска учтены при составлении плана ведения родов. В течение суток проведена соответствующая подготовка шейки матки (мизопростол 25 мкг) и 19.11 в 20 часов развилась регулярная родовая деятельность; в 22 часа 50 минут отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве; 20.11 в 3 часа 40 минут родилась живая доношенная девочка массой 4490 г, длиной 55 см с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. В 3 часа 46 минут выделился послед вместе с маткой, самостоятельно вывернувшейся полностью наружу. Одновременно началось гипотоническое кровотечение. На экстренную помощь срочно вызваны врачи: анестезиолог-реаниматолог и главный врач РЦМ и Ра. Состояние родильницы приняло угрожающий жизни характер: кожные прокровы бледные, пульс резко ослаблен, зрачки расширены, АД – 80/45 мм. рт. ст. Под общим обезболиванием и инфузионно-трансфузионной терапией предпринята попытка вправления матки – оказалась безуспешной. Выставлен диагноз: ранний послеродовый период. Самопроизвольный полный выворот матки, кровотечение. Геморрагический шок (компенсированный). Постгеморрагическая анемия средней тяжести. Принято решение о срочной лапаротомии. С целью сохранения репродуктивной функции у женщины такого молодого возраста предпринята попытка органосохраняющей операции, а не удаление матки, что чаще всего производится при подобном осложнении. В 4 часа 40 минут произведено интраоперационное вправление матки, после чего на гипотоничную матку наложены швы по методу Б. Линча. Кровотечение остановлено. После вправления матка сократилась, дополнительно введены утеротонические препараты (окситоцин, метилэргометрин), их введение продолжалось в течение нескольких дней. Произведены тщательный гемостаз и дренирование брюшной полости (хирург – врач Слепуха Н.В.). Общая кровопотеря 2.200 мл, восстановлена полностью. Послеоперационный период протекал без осложнений, продолжалась интенсивная трансфузионно-инфузионная общеукрепляющая терапия. Выписана на 9 сутки с анемией легкой степени (Hb–93 г/л, Э – 3,2, цветной показатель 0,86) на амбулаторное лечение и наблюдение. Новорожденный также выписан в хорошем состоянии.

Приведенный случай в акушерской практике является не только редким и трудным в проведении тактических мероприятий. Самое важное в данном примере - сохранение репродуктивной функции: на сегодня, т. е. через 3 года, у женщины имеется беременность сроком 24-25 недель, удовлетворительное состояние, желание жить, трудиться, воспитывать детей и ощущать себя полноценной женщиной. А наша задача – следить за адаптацией организма женщины к беременности и состоянием внутриутробного плода. В плане ведения настоящей беременности предусмотрено рациональное ведение беременности. Даны рекомендации в ограничении физических нагрузок, исключении поднятия тяжестей, ношение бондажа. В первую очередь необходимо исключить возможные осложнения, связанные с беременностью (угрозу прерывания, развитие анемии) и выявить структурные аномалии щитовидной железы, что наблюдалось при ее первой беременности. За 2 недели до родов обязательная госпитализация для подготовки к плановому оперативному родоразрешению.

Проведенные за последние два десятилетия наблюдения показали высокую зависимость акушерских осложнений от традиционных подходов к родовспоможению в акушерском стационаре. Это относится к неоправданному назначению беременным и роженицам множества лекарственных препаратов, излишнему вмешательству в физиологический процесс беременности и родов.

Целью нашего исследования была оценка результатов тактики минимального вмешательства в процесс беременности и родов.

Материалы и методы.

В течение 9 месяцев 2015 года в Республиканском центре матери и ребенка было проведено 1570 родов (родилось 1597 детей). Обращает на себя внимание увеличение юных первобеременных (4,6%) и поздних, старше 35 лет (10%), а также количества преждевременных родов: за истекший 2014 год – в 3 раза.

При поступлении в отделение патологии беременных составляется предварительный план ведения родов, обсуждается метод обезболивания родов, присутствие супруга на родах и другие пожелания беременной. На наш взгляд, предварительное обсуждение тактики родоразрешения является важнейшим аспектом психологической подготовки к родам. Начиная с 38 недель беременности еженедельно (или чаще, по показаниям) оценивается степень зрелости шейки матки, что позволяет судить о ходе подготовки организма к родам. На все виды обследования и тактики ведения беременности-родов оформляется информационное согласие женщины. В предварительном плане ведения срок 38-39 недель не является для нас поводом для каких-либо активных действий. Мы не проводили программированные роды, не назначаем эстрогены. По достижении 40 недель гестации беременным проводится УЗИ и кардиотокография плода, что позволяет оценить состояние фето-плацентарного комплекса и провести дифференцированный диагноз между физиологическим течением беременности и перенашиванием. При таком подходе роды в срок произошли в 77% случаев, при сроке беременности 38 недель – 24%, при сроке более 41 недели – 9%. Из общего числа женщин были родоразрешены через естественные родовые пути – 87%, путем операции кесарева сечения в плановом порядке – 8%. В 5% случаев план родов был изменен в пользу экстренного кесарева сечения в по причинам формирования клинически узкого таза, острого дистресса плода. Подготовка шейки матки к родам проводится мифепристоном 200 мг 2 раза в сутки, используя простогландин Е-1, препидил-гель и мизопростол, а также катетер Фолея, ламинарии. С целью сохранения беременности широко используются акушерские пессарии с 22 до 32 недель беременности. Токолиз осуществляется применением

нифедипина 17-ОПК, микродозированного прогестерона (утрожестан), дюфастон; до 32 недель также используется индометацин в свечах. Беременным с длительным безводным периодом сохраняется беременность 3-4 недели в ранние сроки и после 28 до 32 недель в поздние сроки. По сравнению с прошлым годом преждевременный разрыв плодного пузыря увеличился в 3 раза, но мы пролонгировали беременность. Применение растворов сернокислой магнезии по показаниям (преэклампсия, угроза прерывания беременности) проводится только линееоматом, где конкретно дозируется каждый грамм каждый час.

В нашем центре преждевременные роды, как и другие патологические, ведутся только в условиях регионального обезболивания, обычные – с согласия женщины. Осложнений при этом не наблюдалось. В интересах плода мы не применяем классические приемы защиты промежности; эпизиотомия производится по строгим показаниям: острый дистресс плода, крупный плод и пр. Роженицам рекомендуется активно участвовать в процессе родов, первый и отчасти второй периоды родов женщины находятся преимущественно в вертикальном положении. Всем пациенткам проводится активное ведение третьего периода родов с профилактикой акушерского кровотечения метилэргометрином или окситоцином внутривенно, или внутримышечно дозировано. Наблюдения показали резкое уменьшение кровопотери после родов и отсутствие гипотонических послеродовых кровотечений за отчетный период.

Положительным фактором в работе Центра является увеличение партнерских родов в оснащенных индивидуальных родильных залах с поддержкой и поощрением семьи.

Выводы.

1. На основании проведенного анализа результатов работы ГУ РЦМиР с применением тактики минимизированного вмешательства в физиологический процесс беременности и родов отчетливо видно исключение элементов акушерской агрессии.

2. Наш опыт основан на рекомендациях ВОЗ, Российского стандарта и, безусловно, дает положительные результаты.

Н.А. Самодурова, О.С. Чебан, Л.Н. Азбукина

АНАЛИЗ БЕЗОПАСНЫХ АБОРТОВ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Консультативно-диагностическая поликлиника
Республиканского центра матери и ребенка.
ПГУ им. Т.Г. Шевченко, медицинский факультет,
кафедра акушерства и гинекологии.
г. Тирасполь, Приднестровье
(533)7-76-75, trb 5@idknet.com

Согласно Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ), аборт представляет собой безопасную медицинскую процедуру в случае его проведения

квалифицированным медицинским персоналом, с использованием соответствующего оборудования, надлежащим способом, а также с соблюдением санитарных стандартов. ВОЗ на сегодняшний день рекомендует следующие способы прерывания беременности:

1. Мануальная или электрическая вакуумная аспирация в течение первого триместра;

2. Медикаментозный аборт с использованием мифепристона и мизопростала до 9 недель беременности.

Цель работы:

внедрение медикаментозного прерывания беременности в ГУ РЦМиР, оценка его результатов.

Материал и методы исследования.

В течение 2014/2015 года проведено более 1000 медикаментозных прерываний беременности в указанные сроки. В 2014 году они составили 11,5%, а в 2015 году – 12,6%. Обязательным условием при проведении процедуры является консультирование по схеме: эффективность метода, альтернатива, механизм действия, побочные эффекты, понимание метода, возможные осложнения, подписание пациенткой информированного согласия. Все пациентки обязательно обследованы в соответствии с действующим медицинским законодательством (кровь на ВИЧ и РВ, бактериологическое исследование влагалищного содержимого, УЗИ органов малого таза). Медикаментозное прерывание проводилось в соответствии с принятой схемой: 200 мг мифепристона и через 24-36 часов – прием мизопростала в дозе 400 мкг сублингвально.

Результаты и их обсуждение.

По мере накопленного опыта, уточненного перечня противопоказаний осложнения медикаментозного аборта колебались от 3% в 2014 году до 1,1% в 2015 году. За эти годы кровотечение, потребовавшее госпитализации, были в двух случаях у женщин с отягощенным акушерским анамнезом.

Наиболее часто встречающимся осложнением явился неполный аборт (1%). Повторная доза мизопростала потребовалась в 3% случаев на 7-10 сутки по результатам УЗИ. Осложнения в виде эндометрита наблюдались в 2014 и 2015 году по одному случаю, лечение женщины получали в дневном стационаре. Со второй половины этого года данное осложнение зафиксировано не было, в связи с применением схемы профилактической антибактериальной терапии по показаниям.

Выводы:

Медикаментозный аборт является безопасным методом прерывания беременности. Полученные данные подтверждают целесообразность использования этого метода в городах ПМР как безопасного и эффективного. Принятие протокола по безопасному аборту позволило улучшить качество медицинского обслуживания при прерывании беременности соответствующих сроков.

М.В. Четин¹, В.Г. Белов², А.Г. Акопов¹, С.В. Бурцев²,
Т.Н. Хлынова¹, О.А. Никонов², А.С. Лащенко², Д.В. Волков¹

ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕВОЧЕК С ОСТРЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

ГУЗ «ГКБ № 1» (Перинатальный центр)¹
ГУЗ «Ульяновская ОДКБ»²
г. Ульяновск, Россия

The paper describes the experience of pediatric surgeons in the diagnosis and treatment of various diseases in girls.

Острый абдоминальный синдром (ОАС) у девочек одна из частых причин для экстренного обращения к детскому хирургу. Установление основной её причины вызывает определённые сложности, особенно у тех пациенток, которым ранее были выполнены операции на органах брюшной полости.

Поэтому совершенствование методов диагностики и лечения ОАС сохраняют свою актуальность и требует дальнейшего изучения.

Цель работы: оценить возможности ультразвукового исследования (УЗИ) и видеоэндохирургических операций (ВЭХО) при ОАС у девочек, в том числе которых ранее были выполнены операции на органах брюшной полости.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов 96 ВЭХО у девочек, которым оказывалась экстренная хирургическая помощь за последние 3 года: 36 (39%) операций были выполнены пациенткам после ранее перенесенных лапаротомий на органах брюшной полости из оазличных доступов. Направительные диагнозы в стационар были следующими: «острый аппендицит?» - у 68(60%), «перитонит неясной этиологии» - у 28(40%). Возраст детей - от 2,5 до 15 лет.

Перед ВЭХО 39(40%) девочек осмотрены гинекологом, из них у 25(64%) полностью исключена острая гинекологическая патология.

УЗИ органов брюшной полости и малого таза проводили на ультразвуковых аппаратах SonoScape SSI 1000 и Aloka SSD-5500 SV линейными и конвексными датчиками частотой 6,0 -13,0 МГц.

При выполнении УЗИ придерживаемся следующей тактики:

1. До мочеиспускания девочкам сначала проводим обзорное обследование (осматриваются органы гепатобилиарной зоны и почки).

2. При отсутствии изменений-проводим обследование органов малого таза: если мочевого пузырь не наполнен, то дальнейшее обследование выполняем в последующем-после проведения подготовки. Если мочевого пузырь наполнен, то обследование проводим стандартно.

3. В случае отсутствия изменений со стороны органов малого таза, проводим УЗИ плевральных полостей и перикарда.

4. При отсутствии патологии выполняем УЗИ высокочастотным датчиком с методикой дозированной компрессии по поиску атипично расположенного аппендикса (по Puylaert JB.,1987г.).

Результаты: При УЗИ у 25(26%) девочек патологии не выявлено, у 12(12%) выявлена киста правого яичника, у 9(9%) киста левого яичника с наличием жидкости в брюшной полости, у 23(23%) - изменённый червеобразный отросток, который в 3 случаях был расположен подпечёчно и в 4 – в малом тазу, у 7(7%) - обнаружены увеличенные мезентериальные лимфатические узлы (более 7 мм) со снижением их эхогенности и расположением в виде пакетов. При этом регистрировалось изменение стенок толстой или тонкой кишок с признаками нарушения моторики кишечника. У 2 («%) обследованных абдоминальный болевой синдром был вызван острым гнойным пиелонефритом с формированием абсцесса почки, что было подтверждено во время операции. Жёлчнокаменная болезнь с острым холециститом была диагностирована у 3(3%) пациенток, у 2(2%) - причиной ОАС был острый перикардит.

УЗИ передней брюшной стенки и органов брюшной полости особенно тщательно выполняли при принятии решения о целесообразности того или иного доступа для ВЭХО (установки троакаров).

При диагностической лапароскопии у 48 (50%) девочек выявлена острая гинекологическая патология: пельвиоперитонит – у 14(28%), перекрут кисты правого яичника - у 13(27%), апоплексия правого яичника – у 9(18%), перекрут кисты левого яичника – у 7(12%), перекрут с некрозом гидатид маточных труб - у 5(10%); хирургическая патология выявлена у 23(23%) - аппендицит.

Выполнено: аспирация экссудата с направлением его на бактериологическое исследование у 14(28%), цистэктомия с коагуляцией ложа биполярным коагулятором у 12(23%), клиновидная резекция яичника и рассечение спаек у 8(16%), аспирация геморрагического выпота и коагуляция сосудов в месте разрыва белочной оболочки яичника у 4(8%), аспирация геморрагического выпота без коагуляции места разрыва яичника у 3(6%), отсечение гидатид биполярным коагулятором у 5(10%), удаление придатков при их перекруте у 2(4%), аппендэктомия - у 23 (у 20-ВЭХО). Осложнений во время и после операций не было.

Выводы:

1. Комплексное УЗИ при ОАС у девочек - высокоинформативный метод диагностики, не требующий в большинстве случаев предварительной подготовки.

2. Использование ВЭХО у девочек, в том числе которых ранее были выполнены операции на органах брюшной полости, позволяет не только установить истинную причину ОАС, но и избрать адекватную тактику продолжения операции.

3. Мы рекомендуем использовать данную тактику при дифференциальной диагностике ОАС у девочек, в том числе перенесших ранее операции на органах брюшной полости.

Е.Ю. Левчик

**ОПЫТ И ИСХОДЫ СИМУЛЬТАННОЙ
АЛЛОПЛАСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ
В КОМПЛЕКСЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО
ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
СВИЩЕЙ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ**

ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь
для ветеранов войн»,
г. Екатеринбург, Россия, eylevchik@yandex.ru

The paper describes the experience of pediatric surgeons in the diagnosis and treatment of various diseases in girls.

Проблема одновременного восстановления брюшной стенки при оперативном лечении кишечных свищей не привлекает еще достаточного внимания хирургов. На нашем опыте 471 восстановительных операции, свищи локализовались на петлях тонкой и толстой кишки, находящихся в невраправимой вентральной послеоперационной грыже среднего, большого и огромного размеров в 27 (5,7%) наблюдениях, из них открылись спонтанно после многолетнего грыженосительства 6 (1,3%). Явно этиопатогенетически не связанные со свищами тонкой и толстой кишки вентральные грыжи обнаружены еще у 16 (3,4%) пациентов. В то же время, в 39 из 244 (16%) наблюдений тонкокишечные свищи (несформированные) открывались в эвентрационные раны большой и огромной величины, чаще - срединные. Таким образом, после завершения восстановительной операции на кишечнике, у 1/4 пациентов возникали значительные трудности при ушивании брюшной стенки. Действительно, в ближайшем и раннем послеоперационных периодах у пациентов с тонкокишечными свищами возникли в 9 (3,79%) случаях возникли полные эвентрации, в 36 (14,75%) - частичные, в 2 (0,8%) - подкожные. С 1997 года мы начали выполнять наиболее простые аутопластические (Вишневского, Мартынова, Сабанеева-Монакова) способы герниопластики для завершения полостной операции. Однако сложность техники и неудовлетворительные ранние и поздние результаты аутопластических операций, объясняемые значительным (как правило, после выполнения лапаротомии), сокращением объема брюшной полости, выраженной ригидностью ее опорных слоев, и иссечении, на предыдущих этапах лечения, или в силу необходимости широкой некрэктомии, краев эвентрационной раны и париетальной брюшины, заставили нас искать более надежный путь предупреждения эвентрации и разобщения этиопатогенетической связи невраправимых грыж и кишечных свищей. Поэтому с 12.08.97 года мы применили по показаниям - кишечный свищ на большой и огромной вентральной грыже, обширная эвентрационная рана брюшной стенки, особенно - у пожилых пациентов с сопутствующими суб- и декомпенсированными заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем - симультанную, с закрытием свища, пластику брюшной стенки сетчатым имплантом с коллагеновым антибактериальным покрытием (Патент РФ

№ 2143868 от 10.01.00), с его помещением под швы опорных слоев брюшной стенки, или - вшиванием в край раны (без восстановления париетальной брюшины) с укрытием подкожной клетчаткой.

Противопоказаниями к аллопластике считали интраоперационное массивное гнойное и каловое обсеменение брюшной полости, флегмонозное воспаление тканей брюшной стенки, сомнительно радикальное оперативное вмешательство по поводу кишечного свища, другие показания к плановой, или - высокий риск неотложной релапаротомии и инфекции раны. Необходимыми условиями аллопластики были адекватная санация и дренирование брюшной полости, радикальная некрэктомия раны брюшной стенки и активное дренирование операционной раны. Всего выполнили 39 операций, в том числе 13 - при несформированных свищах. Летальных исходов не было. В 6 наблюдениях после поверхностного нагноения ран, через 3-6 месяцев - сформировались лигатурные свищи, потребовавшие частичного удаления сетчатых эндопротезов, однако эвентраций - не было. У 1 пациента рецидивирующий, с серозным отделяемым, лигатурный свищ брюшной стенки зажил от консервативного лечения через 1 год. Пациенты осмотрены в сроки от 6 месяцев до 3 лет - и только у 1 пациента, после частичного удаления эндопротеза, развилась малая послеоперационная грыжа верхней части белой линии живота, ликвидированная после потребовавшейся резекции желудка по Бильрот-2. При срединной локализации дефектов брюшной стенки и глубоком расположении эксплантатов отмечена выраженная гипертрофия почти отсутствовавших, при выполнении восстановительной операции, прямых мышц живота.

Кроме симультантных восстановительных операций при кишечных свищах, аллопластика брюшной стенки была успешно применена одновременно с операцией на позвоночном канале (1), обширной гранулирующей эвентрационной ране с одновременной транспозицией обтурированного по Колченогову тонкокишечного свища (1), лигатурных свищах брюшной стенки при рецидивных вентральных послеоперационных грыжах (13), длительно не заживающих трофических язвах грыжевого мешка невраправимых вентральных грыж (7).

Несмотря на небольшой собственный опыт, считаем необходимым дальнейшее изучение показаний, противопоказаний, обеспечения и исходов одновременных восстановительных операций на кишечнике и брюшной стенке у больных с кишечными свищами, в том числе - с использованием сетчатых эндопротезов. Однако, последние должны удовлетворять дополнительным требованиям: пролонгированные антибактериальные свойства для профилактической антисептики ран и препятствования формированию микробных биопленок, минимальная индукция спаек при контакте с париетальной и висцеральной брюшиной, в ближайшие послеоперационные сроки - изоляция полимерного материала сетки, предупреждение грубого перипротезного рубцевания.

ТРАВМАТОЛОГИЯ

Т.Г. Бивол, В.В. Цуркан

РИСКИ РАЗВИТИЯ БЕШЕНСТВА У ПОСТРАДАВШИХ ОТ КОНТАКТА С ЖИВОТНЫМИ ПО Г. РЫБНИЦА И РЫБНИЦКОМУ РАЙОНУ

ГУ «Рыбницкий лечебно-диагностический реабилитационный центр»
г. Рыбница, Приднестровье

Цель: определить риски развития бешенства у пострадавших от контакта с животными по г. Рыбница и Рыбницкому району за 2012-2014 годы.

Материалы и методы исследования: Журнал учета обращения за антирабической помощью по городу и району, карта обращения за антирабической помощью форма 045/у, журналы регистрации вакцинации против бешенства и вакцинной АДС-м, журнал регистрации экстренных извещений об инфекционном заболевании форма 058у.

Бешенство или гидрофобия встречается более чем в 150 странах мира. Ежегодно в мире от бешенства умирает более 55 000 человек. 40% людей, подвергшихся укусам предположительно бешеных животных, – это дети в возрасте до 15 лет. В 99% случаев смерти людей от бешенства источником инфекции являются собаки.

Заболеваемость бешенством среди людей на территории ПМР, в том числе и в нашем городе и районе на протяжении 25 лет не зарегистрировано.

Риск заражения гидрофобией людей будет сохраняться до тех пор, пока имеются природные очаги бешенства с последующим заражением домашних животных. Активная эпизоотия по бешенству поддерживается в основном за счет диких животных (лисицы), но анализ указывает, что в эпизоотический процесс все больше вовлекаются домашние животные (собаки, кошки, крупный и мелкий рогатый скот).

Заболеваемость бешенством среди животных в 2014 году по отношению к периоду 2003-2013 г.г. выросло на 60%. С 2003 года по 2014 год зарегистрировано 14 случаев бешенства, из них лабораторно подтверждено бешенство у двух собак (14,2%), у одной кошки (7,15%) и у одиннадцати сельскохозяйственных животных (78,65%).

Обращаемость населения за антирабической помощью по поводу контакта с животными (укушенные раны, царапины, ссадины и места ослонения) за 2001 - 2014 годы по г.Рыбница и Рыбницкому району в ретроспективном анализе указывает на увеличение интенсивных показателей с 259,2 до 265,9 на 100 тыс на-

селения (‰), а за 2014 год в сравнение с 2013 годом обращаемость выросло от 227,9 до 265,9 ‰ или на 14%. Динамика количества пострадавших от контакта с животными не повторяет изменение заболеваемости бешенством животных и проявляет независимый характер.

Интенсивный показатель в среднем по республике за 2012 год составляет 245,8 ‰, за 2013 год - 237,1 ‰, за 2014 год - 224,3 ‰ и можно отметить, что обращаемость по нашему городу и району за вышеуказанные периоды выше в 1,3 раза. Находимся на уровне средневропейских и среднероссийских показателей, которые составляют 300 ‰. Высокий уровень обращаемости за антирабической помощью является положительным аспектом и указывает на довольно высокую настороженность (информированность) населения города и района по данной проблематике.

Сельское население составляет в среднем 22% и каждый пятый пострадавший от контакта с животными является жителем сел. Значительно большой процент обратившихся за антирабической помощью городских жителей по сравнению с сельскими результат того, что они реже обращаются за мед помощью.

С 2012 по 2014 годы в структуре обращаемости по поводу контакта преобладают животные категории «Д» (известные животные) - животные за которыми можно установить ветеринарное наблюдение в течение 10 дней. За анализируемый период удельный вес известных животных снизился от 86,4% до 76,9%. Удельный вес животных категории «С» - (неизвестные) за которыми невозможно установить ветеринарное наблюдение снизился от 22,6% до 11,1%

Удельный вес животных категории «А» - животные, у которых диагноз бешенства подтвержден лабораторно вырос от 0,4% до 2,4%.

В структуре животных категории «Д» на долю собак приходится 71,5%, кошек - 26,6%, 1,9% составляют домашние свиньи, лошади.

По поводу контакта с животными категории «С» - собаки составляют 65,6%, кошки составляют 17,8%. Остальные животные - 16,6% это дикие животные (ежики, белки, крысы, летучие мыши, лиса и волчица).

Характер и места повреждений распределяется следующим образом:

1. Укушенные раны головы и лица – 6,1%; 2. Укушенные ссадины головы и лица – 3,7%;

3. Укушенные раны верхних конечностей – 43,3%; 4. Укушенные ссадины верхних конечностей – 37,1%; 5. Укушенные раны нижних конечностей – 42,2%; 6. Укушенные ссадины нижних конечностей – 59,2%; 7. Укушенные раны туловища – 2,7%; 8. Укушенные ссадины туловища – 0; 9. Множественные укушенные раны - 5,7%.

Анализ повреждений по локализации в результате контакта (укушенных ран, царапины, ссадины) указывает на высокий удельный вес повреждения верхних конечностей, головы и лица.

В зависимости от места локализации укуса варьирует и риск развития гидрофобии.

При укусах головы, лица и шеи риск попадания вируса составляет 90%, при повреждениях рук - 63%, ног - 23%. Это всего лишь статистические данные, которые не имеют ценности для людей, так как любое оцарапывание, ослонение расценивается как потенциальный источник смертельного заболевания.

Существует порядок оказания медицинской помощи пострадавшим лицам от контакта с животными (медицинские учреждения ----- специалист по оказанию хирургической помощи -----специалист эпидемиологического отдела). За медицинской помощью по поводу контакта с животными в ГУ «Рыбницкий ЛДРЦ» за 2012 год обратились 154 лиц или 65,8%, в 2013 году 118 - или 67,0%, в 2014 году 121 - или 58,4%. Медицинская помощь заключается в обработки места укуса, царапины, ослонения мыльным раствором, обработку краев раны раствором Бетадин и наложение стерильной повязки.

В целях осознания пострадавшими степени риска вследствие травмы, нанесенной животными, а также ответственности за свое здоровье по мере охвата эпидемиологическим обследованием потенциальных эпидемических очагов бешенства проводится разъяснительная работа с пострадавшими.

1. При регистрации повреждений, нанесенными животными категории «Д» - проводится контроль за своевременностью представления справок «О результатах ветеринарного наблюдения за животными в случаях нанесения укусов (оцарапываний, ослонений) известными животными. В адрес ГУ «Рыбницкого ЛДРЦ» по истечению сроков наблюдения за животными поступают справки ветеринарного наблюдения. По результатам отмечается 100% охват ветеринарным наблюдением.

- проводится контроль за своевременностью и полнотой охвата пострадавших постэкспозиционной профилактики (лечебно профилактическая иммунизация). Ежегодно более 15 миллионов людей в мире получают постэкспозиционное профилактическое лечение для предотвращения развития болезни; по оценкам, это позволяет ежегодно предотвратить 327 000 случаев смерти от бешенства. Постэкспозиционная профилактика пострадавших от животных категории «Д» составляет 22%.

По случаям обращения за антирабической помощью, в результате контакта с животными категории «А» и «С»:

- Промывание раны и иммунизация, сделанная в течение нескольких часов после контакта с предположительно бешеным животным, могут предотвратить развитие бешенства и смерть. Проводится контроль за своевременностью и полнотой охвата постэкспозиционной профилактики обратившихся лиц. По результатам контроля за 2012-2014годы в г. Рыбница не отмечается недостаток антирабическим лечением пострадавших от животных категории «С». Выводы: Риск развития бешенства у пострадавших от контакта с животными в г.Рыбница и Рыбницкого района существует так как:

1. Интенсивный показатель выше среднереспубликанского (ПМР) и находится на уровне среднероссийского и средневропейского.

2. Эпизоотическая ситуация неблагополучная. Выросла доля сельскохозяйственных животных, у которых диагноз бешенства подтвержден лабораторно от 0,4% до 2,4%.

3. 49,4% составляют укусы головы, лица, верхних конечностей и 40,73% составляют ссадины головы, лица и верхних конечностей.

4. Постэкспозиционная профилактика пострадавших от животных категории «Д» составляет 22%.

5. Низкая обращаемость сельских жителей за антирабической помощью.

Н.С. Бордиян, С.С. Гайдей, И.Ф. Гарбуз

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА РОТАЦИОННОГО ПОДВЫВИХА С1 У ДЕТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины
ПГУ им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь, Приднестровье, travorto.tir@mail.ru

Диагностика и лечение ротационного подвывиха С1 у детей актуальна и давно вышла из рамок одной специальности, что и заставило исследовать 355 историй болезни детей различного возраста, лечившиеся в отделении травматологии и ортопедии по поводу застарелого ротационного подвывиха С1.

Цель исследования:

- Установить самых часто встречающихся симптомов у детей страдающих ротационным подвывихом С1:

- Выявить доказательные тесты применяемые в детской практике подтверждающие диагноз ротационный подвывих С1.

- Отработать алгоритм лечения ротационного подвывиха С1.

Результаты исследования – После исследования 355 историй болезни больных с диагнозом ротационный подвывих С1 – Боль в шейном отделе позвоночника был у 26%, головные боли у 23,5%, порочное положение головы – 16%, боли в спине и верхних конечностях 11%,головокружение 5,5%, быстрая утомляемость 3,4%, общая слабость 3,4%, нарушение зрения 3,4% и другие.

Большой диапазон полифонии симптомов у детей с ротационным подвывихом С1 заставляло родителей обещаться к различным специалистам и в первую очередь к невропатологу (50,2%), хиротерапевту, нейрохирургу (18,5%)и только в последнюю очередь к травматологу-ортопеду (5,4%).

Из доказательных тестов для подтверждения диагноза ротационный подвывих С1 применена:

Рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях и через открытый рот. Из всех исследованных детей, патология выявлена у 54% из которых асимметрия расположения зубовидного отростка у 32%, незарращение дужки позвонка у 10,5%, остеофиты зубовидного отростка у 12,2%.

Доплерография сосудов шейного отдела позвоночника произведена 57 больным детям выявлено – отсутствие функции одной из позвоночных артерии в 23%, явная асимметрия кровоснабжения через позвоночные артерии в 28%, незначительная асимметрия кровоснабжения по позвоночным артериям в 49% случаев.

Термография кожи шейного отдела позвоночника проведена 87 больным страдающим ротационным подвывихом С1. У всех больных выявлены зоны с изменением температуры кожи с разницей до 2о С.

Электромиография мышц шей и верхних конечностей проведена у 17 больных. При ротационном подвывихе С1 определялась асимметрия биопотенциалов симметричных мышц.

Компьютерная томография проксимального шейного сегмента сделана 23 больным. Последняя подтверждает рентгенологические исследования, а у 17 де-

тей (73%) выявлены рубцовые изменения в проксимальной части спинномозгового канала шейного отдела позвоночника.

Выводы:

Полиморфизм клиники ротационного подвывиха С1 объединяет широкий спектр локальных симптомов боль в шейном отделе, головная боль, неправильное положение головы, асимметрия мышечных валиков затылочной области и симптомов общего характера как общая слабость, адинамичность, повышенная утомляемость.

Доказательные тесты при ротационном подвывихе С1 являются – рентгенография шейного отдела позвоночника в двух проекциях и через открытый рот, доплерография сосудов вертебробазилярной системы, термография кожи шейного сегмента и в меньшей степени электромиография мышц шей и верхних конечностей.

И.Ф. Гарбуз, А.А. Ботезату, Е.В. Калалб, В.Г. Мазур

ФЕНОМЕН ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ СЛОЖНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины
ПГУ им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь, Приднестровье, travorto.tir@mail.ru

Синдром взаимного отягощения – это патофизиологический кризис в следствии расстройств жизненно важных функций органов и систем при повреждении двух и более анатомо-функциональных зон проявляются шоковым состоянием.

О тяжести полученных повреждений свидетельствуют показатели летальности: при изолированных переломах она составляет 2%; при двух тяжелых изолированных повреждений – 4,9%; при тяжелой сочетанной травме, летальность составляет 30,6%; при крайне тяжелой сочетанной травме, когда имеются два тяжелых повреждения, летальность составляет 61,3%; при сочетании трех и более тяжелых повреждений вероятность летального исхода возрастает до 84,4% [1,2,3].

Феномен взаимного отягощения является не результатом простого сложения функциональной недостаточности отдельных органов и систем в следствии воздействия травматического агента, а является взаимно обусловленным патофизиологическим процессом [4].

Летальность в результате сложных травм возникает в следующим временном периоде:

- Первый период – пострадавшие погибают во время получения самой травмы, когда смерть наступает мгновенно или в течение первых нескольких минут, что, прежде всего, обусловлено тяжестью травматического поражения жизненно важных органов или таких структур как мозг, сердце, крупные сосуды. В большинстве случаев такие травмы фатальны, хотя начатое лечение на

месте происшествия в первые 5 – 10 минут и экстренная доставка пострадавшего в стационар может спасти определенную часть больных. В этот период по литературным данным погибает около 60% пострадавших [2,5].

- Второй период приходится на первые часы пребывания в стационаре, когда смертность может быть снижена за счет экстренных профилактических и лечебных мероприятий в виде: искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и респираторная поддержка, окончательная остановка наружного и внутреннего кровотечения, адекватное восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) с восстановлением тканевой перфузии. Только в этом периоде при правильной и своевременной диагностике возможно радикальное устранение внутричерепных гематом, полостных кровотечений, пневмо- и гемоторакса [4,6].

- Третий период. Когда пострадавшие погибают возникает через несколько дней или недель после травмы и обычно происходит от сепсиса или синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). Достижения в современной медицине в возможностях интенсивной терапии, использование медпрепаратов новых поколений, эфферентные методы лечения позволяют снизить уровень летальности. Несмотря на адекватное оказание специализированной помощи, смертность на этом этапе достигает 70% из числа поступивших [4,7,8].

При синдроме взаимного отягощения патогенетические факторы патологических процессов не просто складываются, но и накладываются один на другой благодаря общности отдельных патогенетических механизмов. В результате создается усугубляющий эффект, способствующий неблагоприятному развитию каждого из сосуществующих процессов [9,10]. Прежде всего, причиной наблюдаемого феномена служит сам факт сочетания повреждений. Он получает отражение в нескольких общих факторах, характерных для любого сочетания травмы по локализации.

Главное значение приобретают:

- множественность источников кровотечения;
- множественность источников ноцицептивной болевой импульсации;
- множественность очагов первичного, а затем и вторичного некроза тканей, что является источниками эндогенной интоксикации.

Неблагоприятный эффект множественности источников кровотечения при тяжелой сочетанной травме проявляется субъективной недооценкой объема кровопотери. Общий объем кровопотери при сочетании повреждений отражается не прямыми признаками, а косвенными, опосредованные проявления, которые обозначаются в более поздние сроки. Вследствии и восполнения кровопотери нередко задерживается, а восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) занижается [11,12].

Неблагоприятные последствия множественности источников ноцицептивной импульсации при тяжелых сочетанных ранениях и закрытых травмах выражаются в усилении патологического эффекта боли. Болевой травматический шок встречается редко. В большинстве случаев наблюдается сочетание нескольких механизмов развития шока: острая кровопотеря, прогрессирующая гипоксия и повреждение жизненно важных органов, и лишь при повреждении

особо рефлексогенных зон боль может рассматриваться как главный патогенетический механизм шока. При сочетанной травме, возникает несколько источников патологической импульсации, значение имеет не только сила болевого раздражителя, но главным образом одновременное поступление нескольких эфферентных сигналов, мешающих полноценному и адекватному формированию функциональной доминанты [13,14]. Многокомпонентная система регуляции организма, испытывает информационную перегрузку и зачастую оказывается не в состоянии выделить главное направление адаптационных усилий.

Как последствие после получения сложного повреждения развивается функциональная дезинтеграция, составляющая главное отличие экстремального, критического состояния организма от эффективной неспецифической адаптационной реакции (стресс-реакция).

При сочетанной травме сложным и многоплановым является наличие нескольких источников эндогенной интоксикации. Каждое повреждение связано с разрушением тканей, приводящим к их гибели - первичный травматический некроз. Если же развитие некроза отсрочено от повреждения и проходит фазу некробиоза - вторичного некроза. Вторичный некроз обычно является следствием нарушения регионарного кровотока - острая ишемия, а в более поздние сроки после повреждения - микробный протеолиз тканей в очагах развития воспалительно-инфекционной альтерации.

При любой девитализации тканей образуются высокотоксичные активные продукты, проникновение которых во внутреннюю среду организма и прежде всего в кровь и в лимфу приводит к развитию синдрома эндогенной интоксикации. Интоксикация связана с продуктами быстрой и глубокой дезинтеграции биологического субстрата в девитализированной зоне. А попадают в кровоток эти продукты вследствие сосудистой реакции в очаге воспаления, окружающем некроз [15].

При наличии сочетанных тяжелых повреждений опасность развития эндотоксикога многократно возрастает в связи с множественностью очагов как первичного некроза, так и некробиоза тканей. Кроме того, процесс усугубляется общесоматическими нарушениями, способствующими расстройствам периферической гемодинамики, а следовательно - частичной или полной ишемией тканей, переживающих критическое состояние.

К тому же тяжелая сочетанная травма приводит и к нарушению естественных механизмов детоксикации, связанных с плазменными факторами, адекватным газообменом, детоксицирующей функцией печени и почек. Это усугубляет нарастание эндотоксикога, который представляет собой динамичный, аутокаталитический процесс.

Таким образом, уже сам факт сочетания повреждений, независимо от того, какие области тела и какие конкретные органы непосредственно повреждены, приносит в патологический процесс патогенетические факторы, способствующие неблагоприятному, осложненному его развитию.

Многоплановая панорама патологического процесса при тяжелой сочетанной травме наполняется еще более конкретным содержанием, если учитывать

все патогенетические факторы, привносимые локальными повреждениями. Так, повреждения структур центральной нервной системы при травмах головы и позвоночника приводят в действие сложный механизм нарушения согласованной полифункциональной регуляции.

Этот, казалось бы, не требующий специальной аргументации тезис особенно отчетливо осознается при изучении отдельных патогенетических механизмов тяжелой сочетанной травмы. Изучение особенностей патогенеза и клинического течения сочетанной черепно-мозговой травмы показало, что при этом виде повреждений значительно возрастает риск ранних и поздних легочных осложнений и прежде всего - пневмоний, что связано с развитием аутоиммунных процессов в мозговой ткани, протекающих на фоне угнетения Т-системы и активации В-системы иммунитета. Такая трактовка развития событий вполне согласуется с современными представлениями о роли миелопептидов в системе иммуногенеза с позиций сетевой концепции [16,17].

Вполне очевидно также значение повреждений груди в патогенезе ранних и поздних внелегочных осложнений тяжелой сочетанной травмы. Это значение определяется усугублением тканевой гипоксии вследствие нарушений внешнего дыхания, с одной стороны, и нарушений периферической гемодинамики кардиогенной природы - с другой. В данном случае особого внимания заслуживает изучение субструктурных нарушений и патогенеза ушибов органов груди и, прежде всего - легких и сердца [18,19].

При сочетанных повреждениях органов брюшной полости важнейшим фактором, определяющим тяжесть клинического течения и риск общесоматических осложнений, становится эндотоксикоз. Участие в патологическом процессе обширного резорбтивного поля брюшины обеспечивает особо массивное поступление из брюшной полости токсических продуктов, образующихся в результате прямого повреждения и некробиоза полых и паренхиматозных органов брюшной полости [20,21].

Весьма значительна роль множественных повреждений опорно-двигательного аппарата в развитии ранних и поздних осложнений при тяжелой сочетанной травме и определяется множественностью очагов мощной болевой патологической импульсации, длительной вынужденной гиподинамией, которая способствует в развитии устойчивых функциональных нарушений: нарушении функции внешнего дыхания; нарушении двигательной; ферментативной и гормональной активности органов пищеварительной системы и почек, в нарушении периферической микроциркуляции.

Таким образом, за клиническими представлениями о синдроме взаимного отягощения повреждений при тяжелой сочетанной травме можно усмотреть вполне конкретные патогенетические механизмы, способствующие усугублению общесоматической тяжести клинического течения, а также повышению риска некробиотических, инфекционных осложнений, нарушению регенераторно-репаративных процессов в зоне повреждения различных анатомических областей тела.

Гепатоспланхнитическая система страдает первая при централизации кровообращения, так как потеря объема циркулирующей крови пределах 20-

40% приводит к снижению систолического артериального давления до 75-60 мм рт.ст., что в свою очередь ведет к уменьшению кровотока в области чревного ствола на 33%, причем, слизистая проксимального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки является наиболее чувствительной к ишемии из-за наибольшей плотности α -адренорецепторов, а также уменьшения кровотока в верхней брыжеечной артерии на 35%. Если кровоток в указанных артериальных магистралах снижается на 20-30%, оксигенация тканей уменьшается на 40-60% [22,23].

Поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки у пострадавших с политравмой наблюдают в 24-89% случаев, осложнения острых язв кровотечениями – от 13,8% до 86,3% случаев [22,23].

Синдром острого повреждения желудка (СОПЖ) – это нарушения целостности слизистой (острое эрозивно-язвенное поражение), нарушения моторики (гастростаз, нарушение антродуоденальной координации, дуоденогастральный и гастроэзофагальный рефлюкс), отек слизистой и подслизистого слоя.

Кровотечения осложняют синдром острого поражения желудка в 14% случаев, а летальность при этом составляет 64%. Максимальный пик развития кровотечений соответствует разгару СПОН при травматической болезни, то есть на 5-7-е сутки.

Верхний отдел желудочно-кишечного тракта представляет собой одну из первых мишеней для медиаторов повреждения при ССВО в силу:

- особой чувствительности к ишемическо-реперфузионным повреждениям из-за архитектоники сосудистого русла;
- резкой катаболической ориентации метаболизма;
- энергетического и пластического дефицита;
- сокращения периода жизни клеток слизистой желудочно-кишечного тракта, составляющего в физиологических условиях около 1-3 суток.

При травматической болезни в структуре СПОН выделяют 3 стадии поражения желудочно-кишечного тракта:

1. дисфункция: проявляется парезом кишечника и развитием синдрома мальабсорбции;
2. недостаточность: манифестирует в клинике острым эрозивно-язвенным поражением слизистой ЖКТ или же явлениями динамической паралитической кишечной непроходимости;
3. несостоятельность: проявляется желудочно-кишечным кровотечением, перфорацией острой язвы, перитонитом.

Интенсивная терапия политравмы. Программа первой помощи по поддержанию жизни

1. Освобождение пострадавшего без нанесения ему дополнительных травм.
2. Освобождение и поддержание проходимости верхних дыхательных путей (тройной прием П. Сафара)
3. Проведение экспираторных методов ИВЛ.
4. Остановка наружного кровотечения с помощью жгута или давящей повязки.

5. Придание безопасного положения пострадавшему в бессознательном состоянии (физиологическое положение на боку).

6. Придание безопасного положения пострадавшему с признаками шока (с опущенным головным концом).

Медицинская помощь пострадавшему на месте происшествия

1. Выявить витальные нарушения и безотлагательно их устранить.
2. Провести осмотр пострадавшего, установить причины опасных для жизни нарушений и поставить догоспитальный диагноз.
3. Решить вопрос о необходимости госпитализации больного или отказе от нее.
4. Определить место госпитализации больного по характеру повреждений.
5. Определить очередность госпитализации пострадавших (при массовой травме).
6. Обеспечить максимально возможную нетравматичность и скорость транспортировки в стационар.

Первоочередные задачи догоспитального этапа

1. Проблема нормализации дыхания.
2. Устранение гиповолемии (кристаллоиды и коллоиды).
3. Проблема обезболивания (трамадол, морадол, набуфин, малые дозы кетамина 1-2 мг/кг в сочетании с бензодиазепинами).
4. Наложение асептических повязок и транспортных шин.

Первоочередные задачи госпитального этапа

- Восстановление адекватного дыхания, гемодинамики, перфузии тканей.
- Срочный гемостаз и коррекция наиболее опасных нарушений функции внутренних органов.
- При повреждении органов брюшной полости – срочная лапаротомия.
- Лечение локальных повреждений органов опоры и движения.

Основные направления противоязвенной терапии

1. После стабилизации гемодинамики применение ганглиоблокаторов, антагонистов симпатомиметиков для уменьшения симпатических влияний на сосуды спланхнитической зоны.
2. Устранение пептического фактора, применением H₂-гистаминоблокаторов, блокаторов протонного насоса, антацидов.
3. Улучшение моторно-эвакуаторной функции с помощью прокинетики (метаклопрамид, мотилиум).
4. Стабилизация клеточных мембран блокаторами перекисного окисления липидов, антиоксидантами (препараты селена, токоферол, PGE1).
5. Раннее энтеральное питание В периоде острой реакции на травму развиваются гиперметаболизм, выраженные нарушения основных видов обмена, угнетение иммунного ответа, предпосылки к инфекционным осложнениям.

Раннее энтеральное питание

Эффективным методом коррекции указанных нарушений является раннее энтеральнопитание (РЭП).

РЭП способствует:

- предупреждению атрофии кишечных ворсинок;
- коррекции нарушенного баланса рН кишечника;
- редукции выраженности феномена избыточной колонизации кишечника;
- редукции феномена транслокации кишечной флоры;
- предупреждению развития дистрофических процессов в лимфоидной ткани кишечника;
- профилактике возникновения стрессовых язв;
- снижению выраженности синдрома гиперкатаболизма;
- положительной динамике показателей общего белка, мочевины, уровней Т-хелперов и лимфоцитов.

Использованная литература:

1. Бондаренко, А.В. Госпитальная летальность при сочетанной травме и возможности ее снижения / А.В. Бондаренко, В.А. Пелеганчук, О.А. Герасимова // Вестник травматологии и ортопедии .- 2004 .- №3 .- С. 49-52.
2. Мизиев, И.А. Структура летальности больных с тяжелой сочетанной травмой / И.А. Мизиев // Актуальные проблемы неотложной хирургии: матер. выезд, пл. проблемной комиссии «Неотложная хирургия» .- Минеральные Воды, 2005 .- С. 156-158.
3. Сингаевский, А.Б., Причины летальных исходов при тяжелой сочетанной травме / А.Б. Сингаевский, Ю.А. Карнаевич, И.Ю. Малых // Вестник хирургии .- 2002 .- №2 .- С. 62-65.
4. Осложнения раннего периода травматической болезни, их связь с реактивностью организма / С.Ф. Багненко, С.А. Селезнев, Ю.Б. Шапот, И.В. Куршакова//Материалы к «круглому столу» .- СПб., 2002 .- 14с.
5. Соколов В.А «damage control» при лечении переломов у пострадавших с критической политравмой / В А Соколов, ЕИ Бялик, ДА Гараев // Травматология и ортопедия 21 века, сб тез док 8 съезда травматологов-ортопедов России - г Самара, 2006 - С 440441
6. Организация экстренной медицинской помощи при тяжелых сочетанных повреждениях на догоспитальном этапе: методические рекомендации / Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе .- СПб., 2004 .- 24 с.
7. Оптимизация помощи пострадавшим в результате ДТП / В.М. Соловьев, А.А. Половников, М.Г. Мальгинов, Д. Ахтар // VII съезд травматологов-ортопедов России: тез. докл. Новосибирск,- 2002 .- С. 52.
8. Марчук, В.Г. Особенности оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи раненым и пострадавшим с тяжелыми сочетанными ранениями и травмами мирного времени // В.Г. Марчук автореф. дисс. канд. мед. наук.- СПб., 2000 .- 19 с.
9. Травматическая болезнь и ее осложнения / под общ. ред. С.А. Селезнева, С.Ф. Багненко, Ю.Б. Шапота, А.А. Курыгина.- СПб.: Политехника, 2004. -414 с.: ил.
10. De-Long, W.G. Cytokines in patients with polytrauma / W.G. DeLong, C.N. Born // Clin Orthop Relat Res.- 2004 .- Vol. 422 .- P. 57-65.

11. Сингаевский, А.Б., Причины летальных исходов при тяжелой сочетанной травме / А.Б. Сингаевский, Ю.А. Карнаевич, И.Ю. Малых // Вестник хирургии .- 2002 .- №2 .- С. 62-65.

12. Смелая, Т.В. Полиорганная недостаточность у пострадавших с минно-взрывной травмой / Т.В. Смелая // Реаниматология. Ее роль в современной медицине: мтер.науч.-практ. конф.- М., 2004 .- С. 220-223

13. Damage control orthopedics in patients with multiple injuries is effective, time saving, and safe / G. Taeger et al. // J. Trauma .- 2005 .- Vol. 59 .- № 2 .- P. 409416.

14. Селезнев, С.А. Приложение принципов системного подхода к трактовке патогенеза травматического шока и травматической болезни / С.А. Селезнев, Ю.Б. Шапот // Патологическая физиология и экспериментальная терапия.- 1999.- №2 .- С. 19-21.

15. Эндотоксикоз при тяжелой сочетанной травме / И.А. Ерюхин, С.В. Гаврилин, Н.С. Немченко, А.И. Павленко, Г.А. Иванов // Вестник хирургии .2001 .-№5 .-С. 120-124.

16. Некоторые особенности течения травматического шока у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой /В.В. Лебедев, В.В. Крылов, А.Г. Суваляя, В.С. Чмелев // Оказание помощи при сочетанной травме: сб. науч. тр.- М., 1997 .- С. 95-99.

17. Немченко, Н.С. Метаболические основы патогенеза тяжелой сочетанной травмы / Н.С. Немченко, А.В. Гончаров, М.Б. Борисов // Вестник хирургии .- 2001 .-№5 .-С. 114-118.

18. Шарипов, И.А. Травма груди: проблемы и решения / И.А. Шарипов .М.: «ГРААЛЬ» , 2003 .- 328 е.: ил.

19. Новиков, А.С. Роль хирургической операции в лечении пострадавших с тяжелой травмой груди / А.С. Новиков, С.А. Селезнев, Ю.Б. Шапот // Оказание помощи при сочетанной травме: сб. науч. тр. .- М., 1997.- С. 135-139.

20. Абакумов, М.М. Лечебно-диагностическая тактика при сочетанной абдоминальной травме / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук // Актуальные вопросы сочетанной шокогенной травмы и скорой помощи: сб. науч. тр. .- СПб., 2002 .- С. 63-71.

21. Лебедев, Н.В. Лечебно-диагностическая тактика при повреждениях живота у пострадавших с сочетанной травмой // Н.В. Лебедев автореф. дисс. канд. мед. наук.- М, 2003 .- 30 с.

22. Синдром взаимного отягощения повреждений у пострадавших с сочетанной травмой / В А Соколов, В И Картавенко, Д А Гараев, П М Свирская // Вестник хирургии - 2006 - №6 - С 2529

Гараев Денис Александрович

23. Клинические проявления синдрома взаимного отягощения повреждений у больных с политравмой / С А Соколов, В И Картавенко, П.А. Иванов, ДА Гараев // Политравма, диагностика, лечение и профилактика осложнений материалы Всероссийской науч.-практ. конфер. - г. Ленинск-Кузнецкий, 2005.- С 143-144

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ПЛАСТИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины
ПГУ им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь, Приднестровье
travorto.tir@mail.ru

Врожденные деформации ребер и грудины у детей встречаются не редко и среди разнообразных пороков преобладает воронкообразная деформация, что представляет собой порок развития, проявляющийся различным по глубине западение грудины и передних (хрящевых) отделов ребер [3, 6].

Хирургическое лечение воронкообразной деформации ребер и грудины у детей является общепризнанным, консервативный метод к существенным изменениям конфигурации стенки грудной клетки не приводят [4, 5].

Стернохондропластика, является операцией направленной на изменение формы стенки грудной клетки, и соответственно к нормализацию положения органов грудной клетки и их функции [1, 2].

Пластические операции на передней грудной стенки включает в понятие 3 вида оперативных вмешательств: Радикальные операции (стернохондропластика); Радикальные операции с поворотом грудинореберного комплекса на 180 градусов; Паллиативные операции (маскировка деформации ребер и грудины эндопротезом).

Цель исследования – по данным наших материалов определить лучший способ фиксации грудино-реберного комплекса при хирургическом лечении воронкообразной деформации ребер и грудины у детей.

В нашей клинике применены в основном радикальные операции - стернохондропластика в различных вариантах.

Все способы стернохондропластики включают в себя три основных этапа: Мобилизация грудино-реберного комплекса, которая включает:

1. поднадхрящичной резекцией деформированных реберных хрящей, поперечной стернотомией;
2. двойной хондротомией (парастеральной и латеральной - по наружной границы деформации), поперечной стернотомией;
3. латеральной хондротомией. Т-образная стернотомия.

- Стабилизация грудино-реберного комплекса в правильном положении – рассеченные анатомические структуры ушиваются с придаванием стенки грудной клетки правильную форму

- Фиксация – применение наружных фиксаторов, применение внутренних металлических фиксаторов.

Материалы и методы исследования: За последние 10 лет под нашим наблюдением находились 28 больных с врожденной воронкообразной деформацией ребер и грудины.

Распределение больных детей по возрасту и полу:

Возраст	Воронкообразная деформация грудной клетки	
	Мальчики	Девочки
6-8 лет	4	3
10-12 лет	7	3
12-14 лет	9	2
Всего:	20	8
ИТОГО:	28	

Клиническая картина воронкообразной деформации ребер и грудины имеет специфическую конфигурацию с вдавлением грудины и ребер в сагиттальной плоскости, что уплощает полость грудной клетки и уменьшает грудино-позвоночное расстояние.

На основе клинико-рентгенологических исследований воронкообразная деформация грудной клетки при классификации по Н.И.Кондрашину по степени их углубления разделены на 3 группы:

I степень – глубина деформации (вдавления) составляет – 1,5- 2,0 см.

II степень – глубина деформации (вдавления) – 2,0-3,5 см.

III степень – глубина деформации (вдавления) более 3,5 и более см.

Вышеуказанное подтверждено и классификацией предложенной Глижицкой

Из всех наблюдаемых нами больных (28) родители заметили деформацию передней стенки грудной клетки на 1 году жизни у 5 больных. У остальных 23 детей деформация замечена в более старшем возрасте – эти дети часто болели простудными заболеваниями.

Согласно нашим наблюдениям, воронкообразная деформация грудной клетки II степени была у 6 больного, III степени – у 22 больных.

Пластическая операция на ребрах и грудины является единственным способом устранения деформации.

Показанием для оперативного лечения деформации ребер и грудины являлись:

1. косметические – наличие физического недостатка, который не всегда скрывается одеждой,
2. ортопедические – нарушение осанки, искривление позвоночника, которое можно устранить изменением формы грудной клетки,
3. функциональные – изменения со стороны сердечной или легочной систем вследствие деформации грудной клетки.

Из всех больных, которые наблюдались, у 10 выявлено нарушение осанки, у 8 круглая спина, у 3 кифосколиоз I – II степени.

Проведенные электрокардиографические и спирометрические исследования показали нарушение функции внешнего дыхания и сердечной деятельности у большинства больных детей (18 или 67%).

Все дети были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием.

Операция при деформации ребер и грудины заключалась в подхрящевой резекции ребер деформированной зоны и Т – образной остеотомии грудины, с последующей коррекцией ее формы. В послеоперационном периоде для коррекции

положения и формы передней стенки грудной клетки применяли аппарат Маршева нашей модификации с использованием тракционных нитей (у 3 больных), тракционных спиц (у 3 больных), и у 22 больных для удержания ребер и грудины в правильном положении применяли металлическую пластину. Шина Маршева использовалась у детей до 10 лет в среднем 30 дней, старше 10 лет – 45 дней.

Металлическая пластина удалялась спустя год после оперативного лечения.

Обсуждение материала - Из 28 детей с деформацией грудной клетки после лечения у 22 детей форма грудной клетки восстановилась и функция органов грудной полости улучшилась (у всех 22 больных применена для коррекции металлическая пластина, у 5 больных форма грудной клетки после оперативного лечения восстановилась но грудная клетка была плоской формы (у 3 больных применена шина Маршева с тракционными спицами и у двоих применена шина Маршева с тракционными нитями) и только у 1 больного, где применена шина Маршева с тракционными нитями после оперативного лечения осталась воронкообразная деформация с глубиной до 1 см. (воронкообразная деформация ребер и грудины 1 степени).

После обследования (электрокардиография, спирометрия) выявлено значительное улучшение функций дыхательной и сердечнососудистой систем.

Все дети стали более активными, веселыми, общительными, исчез синдром неполноценности.

Выводы: 1. Воронкообразная деформация ребер и грудины у детей сложная патология и требует радикального вмешательства с прочной фиксацией в правильном положении реберно-грудинного комплекса в послеоперационном периоде.

2. Лучшим для фиксации грудино-реберного комплекса и удобным для ухода в послеоперационном периоде является металлическая пластина.

3. Шина Маршева и тракционные приспособления на наш взгляд не актуальны и не рекомендуем их применять.

1. Баиров Г.А., Джумабаев Д.Ц., Искандаров Э.Р., Максумов А.А. Результаты торакопластики при врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей дошкольного возраста // Здоровоохран. Туркменистана. – 1984. - №10. – С. 34-36.

2. Гафаров Х.З., Плаксейчук Ю.А., Плаксейчук А.Ю. Лечение врожденных деформаций грудной клетки // Казань: Издательство «Фен». - 1996. – 141 с.

3. Гарбуз И.Ф. Курс лекций по детской хирургии. // Тирасполь: Издательство «ЛикриС». – 2008. – 205-224 с.

4. Гарбуз И.Ф. Хирургические аспекты лечения воронкообразной деформации ребер и грудины у детей. // Вестник науки Приднестровья. №2 Тирасполь. – 2012. – С.96-99.

5. Гарбуз И.Ф. Бордиан Н.С. Фиксация грудино-реберного комплекса при воронкообразной деформации ребер и грудины. // Остеосинтез в травматологии и ортопедии: Материалы научно-практической конференции с международным участием. 16 ноября 2012г. Тирасполь. – 2012. – С.31-33.

6. Гарбуз И.Ф. Пороки развития ребер и грудины. // Детская ортопедия: Учебно-методическое пособие. Тирасполь: Издательство «ЛикриС». – 2013. – С. 66-93.

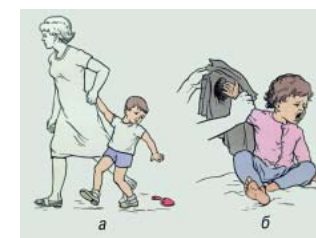
И.Ф. Гарбуз, А.О. Гозун

ПРОНАЦИОННЫЙ ПОДВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины ПГУ им. Т.Г. Шевченко г. Тирасполь, Приднестровье, travorto.tir@mail.ru

Исследовали обращения детей с диагнозом пронационный подвывих головки лучевой кости за последние 5 лет. Обратились 54 детей из которых 35 девочек и 19 мальчиков. Возраст был следующий: до года – 2; до 2-х лет – 19; до 3-х лет – 21; до 4-х лет 8; старше 4 лет- 4 детей.

Пронационные подвывихи головки лучевой кости у детей встречаются часто и преобладает возраст 1- 4 года. У девочек пронационный подвывих встречается чаще, чем у мальчиков. Причинами, вызывающими подвывих головки лучевой кости, является:



тяга за кисть или предплечье; поднимание ребенка в верх за руки; при неадекватном одевании и раздевании ребенка, падении ребенка на вытянутую руку.

Кроме сказанного должны быть предрасполагающие факторы: Слабость сумочно-связочного аппарата локтевого сустава, диспластическая болезнь с гипермобильностью в суставах, и др. При этом головка лучевой кости в связи с анатомо-физиологическими особенностями данного отдела под воздействием трaкции или других факторов выскальзывает из кольцевидной связки, обуславливая характерную клиническую картину.

Механогенез пронационного подвывиха головки лучевой кости можно объяснить в такой форме: вытягивание за руку ребенка по продольной оси верхней конечности вызывает то, что головка лучевой кости отчасти выпадает из кольцевидной связки, и последняя ущемляется между головкой лучевой кости и головкой мыщелка плечевой кости. С.Д. Терновский истолковывал это возрастными особенностями анатомии костно-мышечного связочного аппарата у детей, не достигших четырехлетнего возраста: запоздалым развитием наружной области дистального мыщелка плечевой кости, общей слабостью мышц и нежесткостью суставной сумки.



По мере роста и развития ребёнка эти анатомические соотношения изменяются, чем и поясняют резкое снижение численности таких повреждений у детей после 3 лет.

Л. Омбредан считает, что головка лучевой кости остается наполовину ущемленной в кольцевидной связке и не может освободиться и занять нормальное положение. А. Я. Мастерман, изучая анатомию этого отдела на детских трупах, пришел к заключению, что одним ущемлением головки в кольцевидной связке подвывих лучевой кости объяснить нельзя. Он полагает, что это повреждение обусловлено возрастными особенностями связочного и костно-мышечного аппарата, который у детей до 3 лет развит слабее, у них отмечается незаконченное развитие костей, в частности более позднее развитие головчатого возвышения плечевой кости, слабость мышц и тонкость суставной капсулы. Кроме того, сумка сустава между плечевой костью и головкой лучевой кости у детей шире и имеет синовиальную складку – дубликатуру, которая вдаётся в полость сустава. Изучая сочленение головки лучевой кости с плечевой, указанный автор обнаружил несколько вариантов формы и размера дубликатуры. Так, при растягивании сустава вследствие этих особенностей головка лучевой кости соскальзывает со своего нормального места, а дубликатура вследствие присасывания растянувшимся суставом втягивается и ущемляется между суставными концами костей. А. Я. Мастерман делает вывод, что патогенез пронационного подвывиха лучевой кости обуславливается не ущемлением головки лучевой кости в кольцевидной связке, а наличием указанных возрастных анатомических особенностей, которые по мере развития ребенка изменяются, что и объясняет резкое уменьшение этого вида повреждения после 3 лет.

Клинически пронационный подвывих головки лучевой кости представляет следующую клиническую картину: ребёнок вскрикивает от резкой боли, после чего сразу прекращает двигать рукой потом держит её в повешенном вынужденном пронационном положении, вытянув её вдоль корпуса, несколько согнув в локтевом суставе. При прозобе подвигать рукой, он не соглашается и жалуется на боль в области локтевого сустава, предплечья а иногда и в зоне лучезапястного сустава. Несмотря на это есть возможность совершить осторожно неспешное разгибание и сгибание в локтевом суставе, однако ротационные в основном супинационные движения резко болезненны. При пальпации боль в области проекции головки лучевой кости в основном по наружной поверхности, боль по ходу лучевого нерва, боль в области лучезапястного сустава. Рентгенологическое исследование неэффективно, так как на снимке это отклонение не диагностируют.

При обращении больного ребенка с такой клинической картиной необходимо произвести дифференциальную диагностику пронационного подвывиха головки лучевой кости с похожими повреждениями из которых переломе ключицы, перелом шейки плечевой кости, перелом шейки плечевой кости, перелом дистальной части костей предплечья.

При переломе ключицы больной также держит руку опущенной вдоль туловища и щадит ее, что дает повод принять один перелом за другой. Перелом ключицы легко исключается осмотром ее и ощупыванием.

При переломе шейки плечевой кости - область плечевого сустава отекая, контуры сустава сглажены, ощупывание вызывает резкую боль, в то время как движения в локтевом суставе совершенно свободны. Повреждение нервов легко исключить, обследовав больного и убедившись, что он может двигать кистью и пальцами. При переломе шейки лучевой кости в анамнезе характерная травма. Перелом костей предплечья в н/з характеризуется локальной резкой болью при движениях в лучезапястном суставе, ротационные движения ограничены но возможны как пронация так и супинация. Неподвижность руки объясняется страхом боли, которую ребенок испытывает при движении в локтевом суставе. Таким образом, диагноз не представляет затруднений, если врач помнит о возможности пронационного подвывиха головки лучевой кости. Вправление пронационного подвывиха головки лучевой кости производится легко, без обезболивания. Осторожно отвлекая ребенка вопросами захватывают кисть ребенка одноимённой рукой, при этом фиксируя запястье, а другой рукой охватывается локтевой сустав, проводится уверенная но нежная продольная тракция за кисть с одновременной супинацией и сгибанием до 90 градусов в локтевом суставе. При этом чувствуется легкий щелчок в области головки лучевой кости. Больной ребенок не успевает осмыслить проходящее но ощущает некоторую боль. Ребенок почти сразу успокаивается и через 1-2 мин самостоятельно начинает легко пользоваться рукой, как до повреждения. В отдельных случаях вправление сразу не удаётся, и тогда приём приходится повторять 2-3 раза. Неудача попытки происходит обычно от неверной фиксации и слишком легкого сгибания руки или в недостаточно полном произведении супинации.

В иммобилизации нет необходимости. Родителям советуют придерживаться осторожности и не придерживать ребёнка за травмированную руку во время прогулки. На прогулках с детьми дошкольного возраста рациональны «вожжи».



Наблюдаются подвывихи на двух руках по очереди и рецидивы этого повреждения. Такие случаи подтверждают, что причину подвывиха следует искать во врожденной слабости связочно-мышечного аппарата руки.

При повторных пронационных подвывихах головки лучевой кости рекомендуем фиксировать руку с согнутым локтевым суставом под прямым углом

фиксирующей повязкой на 2-3 дня, это даст покой суставу и содействует сокращению сумочно-связочного аппарата сустава.

Гипотония мускулатуры также является одной из причин, предрасполагающих к возникновению вывиха.

Следует рекомендовать в случаях повторных вывихов в целях профилактики активную и пассивную гимнастику, которую целесообразно начинать через 8-10 дней после вправления.

Исследованы результаты лечения на расстоянии с глубиной до 3-х лет, функция конечности в полном объеме. Рецидивы были у 7 детей, которые после повторного вправления результаты оценены как хорошие.

А.В. Гаря

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТА СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

ГУ РКБ, отделение смешанной травмы, г. Тирасполь, Приднестровье

Актуальность и цели исследования:

Болезни костно-мышечной системы рассматриваются во всем мире, как одна из наиболее распространенных патологий, лидирующее место в которой отводится остеоартрозу (в дальнейшем ОА). В популяции распространенность данной патологии составляет 6,43%, у лиц старше 45 лет - 13,9%. В ПМР заболеваемость первичным остеоартрозом за 2014 год составила 30,3%, на 10 тыс. населения общая заболеваемость 73,1‰. Наибольшее количество заболеваний по первичному остеоартрозу зарегистрировано в городе Бендеры и составляет 55,8‰ (в США данный показатель составляет 70‰ на 10 тыс. населения). Высокая распространенность данной патологии среди трудоспособного населения ведет к значительному снижению трудовой активности вплоть до инвалидизации данной группы больных.

Остеоартроз-хроническое прогрессирующее невоспалительное заболевание суставов различной этиологии, характеризующееся дегенерацией суставного хряща, структурными изменениями субхондральной кости и явлениями скрыто протекающего синовита.

В рекомендациях Американской ассоциации ревматологов, Европейской коллегии ревматологов рекомендуется проводить фармакологическую терапию параллельно с нефармакологическими методами.

Выделяют две группы лекарственных средств для лечения ОА:

1. Симптоматические средства быстрого действия (НПВП, анальгетики, миорелаксанты, глюкокортикоиды (ГК)).

2. Симптоматические препараты замедленного действия (глюкозамин, хондроитин, препараты гиалуроновой кислоты).

Нами проведено открытое исследование эффективности и безопасности лечения имплантата синовиальной жидкости SERTOBЕК PRO (гиалуронат натрия 60 мг, хондроитин сульфат натрия 90 мг в 3мл. молекулярная масса 2400 кДа) у пациентов с симптоматичным ОА коленных суставов. В нескольких случаях применялись препараты гиалуроновой кислоты Hyalgan и Ostenyl. Параллельно больным назначался НПВП – клодифен 3,0 в/м 1 раз в день №5.

В исследование были вовлечены 12 пациентов с диагнозом: остеоартроз коленных суставов II-III ст. Диагноз устанавливался на основании клинико-рентгенологического исследования, ультразвукового исследования суставов.

Контрольная группа составила 16 человек с диагнозом остеоартроз, получавших монотерапию НПВП.

Учитывали: возраст (66+/-2), длительность болезни (15 лет +/-2), средняя масса тела (84+/-6), средний рост (162+/-8).

Средний индекс массы тела (34+/-1), стадия ОА (II-III ст.).

SERTOBЕК PRO (гиалуронат натрия 60 мг, хондроитин сульфат натрия 90 мг) вводили в один коленный сустав 8 пациентам, в оба сустава 4 пациентам, преимущественно в передненаружные завороты коленного сустава без предварительного эвакуирования синовиальной жидкости. Курс лечения составлял 5 инъекций в один сустав, с введением 1 раз в неделю. Общая длительность наблюдения 4 недели.

Результаты исследования:

Оценка эффективности лечения проводилась по следующим критериям: выраженность боли в суставе в покое и при ходьбе, выраженность и длительность скованности суставов, скорость прохождения 15м (в сек), потребность в НПВП, оценка общего состояния пациента.

Сравнительная оценка полученных результатов:

1. Значительное улучшение - исследуемая группа 8 (66,6%), контрольная группа 5 (31,2%).

2. Улучшение состояния - исследуемая группа 4 (33,3%), контрольная группа 8 (50%).

3. Без динамики состояния - исследуемая группа 0, контрольная группа 3 (18,7%).

Побочные реакции на внутрисуставное введение препарата SERTOBЕК PRO в исследуемой группе не отмечалось.

Выводы: таким образом, применение имплантата синовиальной жидкости SERTOBЕК PRO (гиалуронат натрия 60 мг, хондроитин сульфат натрия 90 мг) в клинической практике показало достаточно высокую его эффективность и безопасность у пациентов с ОА коленных суставов II-III рентгенологической стадии. Среди всех клинических показателей наиболее выраженная динамика отмечалась со стороны болевого синдрома и оценки общего состояния больного врачом. Улучшение функций коленных суставов объективно проявлялись в увеличении скорости ходьбы пациентов, при этом отмечалось значительное снижение потребности в НПВП, что является важным клиническим результатом для пациентов с ОА, у которых наблюдается высокий уровень сопутствующей патологии со стороны ЖКТ и ССС.

А.В. Гаря

АКТУАЛЬНОСТЬ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРЕЛОМ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

ГУ РКБ, отделение смешанной травмы
г. Тирасполь, Приднестровье

Актуальность Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости, по данным различных авторов, занимают от 15% до 70% всех переломов костей, большинство пациентов являются люди трудоспособного возраста, немаловажным является то обстоятельство, что у них надолго снижается трудоспособность.

Материалы и методы: за период 2012-2014 года в травмпункт ГУРКБ обратилось 500 пациентов с переломом дистального метаэпифиза лучевой кости, женщин(342чел), мужчин(158чел),

По возрасту пациенты распределились:

до 30(5%)
до 40(20%),
до50(50%),
>50(25%)

По локализации:

правая верхняя конечность-292,
левая верхняя конечность-186,
обе верхние конечности-22.

За основу постановки диагноза взята классификация «Капанджи»:

Без смещения отломков-50%пациентов

С экстензионным смещением-40% пациентов

С флексионным смещением-10% пациентов

Тип 8(Капанджи)-30%

Тип3(Капанджи)-15%

Тип4(Капанджи)-9%

Пациенты лечились следующим образом:

1.гипсовой иммобилизацией-200 пациентов.

2.закрытая одномоментная ручная репозиция + гипсовая иммобилизация-125 пациентов.

3.оперативное пособие(открытая репозиция костных фрагментов на костный металлоостеосинтез пластиной с угловой стабильностью)-35 пациентов.

4.закрытая одномоментная ручная репозиция с погружным остеосинтезом спицами по методу «Капанджи» в нашей модификации-40 пациентов.

Результаты: из 500 пациентов под динамическим наблюдением находилось 190 пациентов.

ЗРР + гипсовая иммобилизация-60 пациентов.

Металлоостеосинтез-20 пациентов.

«Капанджи» в модификации-25 пациентов.

Результаты	ЗРР+ гипс	«Капанджи» в модификации	
	(55)	(20)	
Функция восстановлена полностью	20%		70%
контрактура	50%		10%
Вторичное смещение	95%		Нет
Замедленная консолидация	45%		20%
Синдром зудека, карпального канала	20%		10%
металоз	нет		1%
Гнойно-септические осложнения	3%		4%

Клинические примеры:

Больная П. 60 лет обратилась в травмпункт ГУ РКБ с жалобами на боли в левом лучезапястном суставе, в травмпункте обследована клинически и рентгенологически.

Больной произведена операция МОС спицами по Капанджи.



Больная Б.47 лет обратилась в травмпункт, произведена операция по Капанджи.





Больной Н 29 лет в травмпункте выполнена операция по Капанджи.

Анализ: исходя из выше представленных данных неблагоприятных результатов выявлено при использовании методики ЗРР+ гипсовой иммобилизации-50% случаев.

«Капанджи» в модификации-10% случаев.

Анализ данных результатов показал, что предложенный метод фиксации костных отломков дистального метаэпифиза лучевой кости по методу «Капанджи» в нашей модификации является эффективным, доступным, технически простым методом лечения данной категории пациентов.

Выводы:

1. предложенная нами методика фиксации переломов дистального метаэпифиза лучевой кости на сегодняшний день является с практической стороны простым, экономически выгодным методом лечения.

2. анализ представленных результатов показал, что данная методика позволяет достичь стабильной фиксации отломков, ранней активации больных, низкой частоты неблагоприятных исходов.

3. возможность широкого внедрения данного метода в амбулаторную практику и при оказании экстренной травматологической помощи в травмпункте.

А.В. Гаря, С.П. Мараховский

ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ВЫРАЖЕННЫМ КОРЕШКОВЫМ, БОЛЕВЫМ СИНДРОМАМИ НА ФОНЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДРУГИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

ГУ РКБ, отделение смешанной травмы
г. Тирасполь, Приднестровье

Актуальность:

Остеохондроз позвоночника – полиэтиологическое заболевание. Основными причинами его развития и прогрессирования являются: травмы (послед-

ствия переломов и повреждений связок); микротравмы (сотрясения позвоночника, однотипные движения, длительное вынужденное положение и т.д.); аномалии развития (незаращение дужек, люмбализация, сакрализация, тропизм суставных отростков и др.), вызывающие нестабильность позвоночника; ревматоидное поражение (особенно при распространенном остеохондрозе); аутоиммунные нарушения (появление аутоантител при коллагенозе, содержащихся в дисках); сосудистые нарушения (изменения трофики диска вследствие нарушений микроциркуляции), что приводит к дегенеративным изменениям позвоночного столба. В течении жизни около 80% людей испытывают боли в пояснично-крестцовой области, у 80- 90% больных они регрессируют в течении 6 недель. В течении 1 месяца большинство пациентов трудоспособного возраста приступают к работе, даже если испытывают некоторую боль. Однако у 10- 20 % больных развиваются хроническая боль, которая приводит к нетрудоспособности и инвалидизация. Эта группа пациентов имеет неблагоприятный прогноз для выздоровления и представляет важнейшую медико-социальную проблему, так как на нее приходится до 80% затрат здравоохранения на лечение болей в спине

Больные, страдающие остеохондрозом, жалуются на постоянные ноющие боли в спине, к которым нередко присоединяется онемение и чувство ломоты в конечностях. При отсутствии адекватного лечения, происходит похудание и атрофия конечностей.

Основные симптомы: 1) боль на вершине копчика. 2) боль «во всей ноге». 3) онемение всей ноги. 4) ощущение, что «подкашиваются ноги». 5) отсутствие периодов без боли на протяжении последнего года. 6) непереносимость различных медицинских воздействий или неадекватные реакции на них.

Материалы, методы: в исследовании приняли участия 58 больных из них исследуемая группа составила 26 больных (женщин 19, мужчин 7), контрольная 32 (женщин 20, мужчин 12) больных, средний возраст в обеих группах 45+/-5 лет.

Больные контрольной группы получали комплексное лечение НПВП (клодифен 75 мг-3 мл) поливитамины (беневрон Б), физиотерапевтическое лечение.

Больным исследуемой группы на фоне проводимого лечения больных контрольной группы, выполняли паравerteбральную блокаду на уровне L3, L4, L5, S1 сегментов по следующей методике: после обработки кожи антисептиками (раствором йода, спиртом) тонкой иглой производили анестезию кожи в четырех точках, справа и слева от остистых отростков, отступая на 1,5-2 см от средней линии. Затем более толстой иглой (длиной не менее 10 см) со шприцем прокалывали кожу в одной из точек и медленно продвигая иглу доходили до дужки позвонка. В составе вводимого вещества мы используем (лидокаин 2%-10 мл, витамин B₁₂-2 мл, трентал 5 мл, сертоспан 2 мг +5 мг), вводим веерообразно в краниальном, латеральном и каудальном направлениях не менее 5 раз с интервалом 1 раз в 4 дня.

Сравнительная оценка полученных результатов:

1. Значительное улучшение - исследуемая группа 7 (30,5%), контрольная группа 1 (3,12%).

2. Улучшение состояния - исследуемая группа 14 (53%), контрольная группа 22 (68,7%).

3. Без динамики состояния - исследуемая группа 5(19%), контрольная группа 9(28,1%).

У больных без улучшения состояния в исследуемой группе в последующем выполнена КТ на которой определены грыжи дисков на уровне L3,L4,L5,S1 сегментов с значительной компрессией спинномозгового корешка.

Выводы:

1. Разрывая порочный круг: боль - мышечный спазм - боль, с помощью лечебных блокад оказывается выраженное патогенетическое воздействие на болевой синдром.

2. Оценка эффективности блокады, как правило, оказывает существенную помощь в постановке правильного диагноза, позволяет более полно представить себе пути формирования болевого синдрома, определить источники его продуцирования.

3. Таким образом, лечебные блокады при дистрофически-деструктивных заболеваниях поясничного отдела позвоночника, являются мощным воздействием на один из основных компонентов проявления болезни - болевой синдром и позволяют добиться значительного эффекта в диагностике и лечении.

С.С. Гайдей, Н.С. Бордиян, И.Ф. Гарбуз

ХРОНИЧЕСКИЙ РОТАЦИОННЫЙ ПОДВЫВИХ С1 У ДЕТЕЙ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины,
Приднестровский Государственный университет им. Т.Г.Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье

Клиническая картина патологии проксимального шейного отдела позвоночника у детей самая разнообразная. В то же время, варианты заболевания спинного и головного мозга в литературе освещены скромно. Однако, следует подчеркнуть, что в формировании болевых синдромов, а так же все гаммы рефлекторно-сосудистых синдромов у детей принимают несомненное участие все элементы нервных структур этой зоны.

Цель исследования – выявить самые главные симптомы и синдромы, связанные с элементами вертебрального и сосудистого участия в формировании симптоматики патологии верхнего шейного отдела у детей, определить доказательные тесты применяемые в детской практике подтверждающие диагноз ротационный подвывих С1 и отработать алгоритм лечения ротационного подвывиха С1.

Как известно, спинной мозг шейного отдела позвоночника может страдать при различных патологических изменениях самого позвоночного столба. Наиболее часто это бывает при остеохондрозе шейного отдела позвоночника

как следствие натальной травмы, при врожденном или приобретенном утолщении дуг или других пороков развития позвоночных структур. С практической точки зрения можно выделить две группы вертебральных поражений шейного отдела спинного мозга:

1. Компрессионная миелопатия различного генеза (врожденные пороки развития анатомических структур шейных позвонков, посттравматические деформации различных элементов шейных позвонков, рубцовое перерождение мягких тканей как следствие натальной травмы);

2. Поражение спинного и головного мозга в результате нарушения кровообращения как следствие внешнего воздействия на поверхность сосудов снабжающих спинной и головной мозг, в основном артерии.

Клиническая картина этих вариантов заболеваний шейного сегмента спинного мозга у детей весьма разнообразна.

Литературные данные и наши клинические наблюдения показывают, что обе эти группы поражения спинного и головного мозга встречаются во всех детских возрастных группах, но идея обращения к ортопеду появляется только после неоднократного и неэффективного лечения у невропатолога.

У детей особое внимание необходимо обратить на оценку функционального состояния позвоночной артерии, поскольку при патологии шейного сегмента она (позвоночная артерия) всегда вовлекается в патологический процесс.

Синдром позвоночной артерии у детей может быть вызван пороками развития шейных позвонков, последствиями натальной травмы, или любой их комбинацией. В детской практике чаще всего на первый план выступает вертебральный фактор.

Клинически вертеброгенное поражение позвоночной артерии может выражаться как вазомоторными, так и ишемическими нарушениями со стороны тканей мозга, обеспечиваемых кровью из вертебробазиллярной системы.

Существует шесть механизмов воздействия на позвоночную артерию у больных детей, приводящих к нарушению кровообращения в вертебробазиллярном бассейне: унковертебральные разрастания; подвывихи шейных позвонков; наружные грыжи диска; рефлекторная мышечная компрессия; артроз межпозвоночных суставов; аномалии строения шейных позвонков. Лидирующее место среди перечисленных причин нарушения функции позвоночной артерии занимает ротационный подвывих С1. Диагностика и лечение ротационного подвывиха С1 у детей актуальна и давно вышла из рамок одной специальности.

Материалы и методы исследования: Провели исследование 250 историй болезни детей, лечившиеся в отделении хирургии из которых мальчиков было 112 и 138 девочек различного возраста, где диагноз был установлен на основании клинических и объективных доказательных тестов.

Результаты исследования – Самые частые симптомы (ведущие симптомы) из 250 больных при ротационном подвывихе С1 были: боль в шейном отделе позвоночника у 26% больных; головные боли у 23,5%; порочное положение головы – 16%; боли в спине и верхних конечностях 11%; головокружение 5,5%; быстрая утомляемость 3,4%; общая слабость 3,4%; нарушение зрения 3,4% и другие.

Большой диапазон полифонии симптомов у детей с ротационным подвывихом С1 заставляло родителей обращаться к различным специалистам и в первую очередь к: невропатологу (50,2%); хиротерапевту, нейрохирургу (18,5%) и только в последнюю очередь к травматологу-ортопеду (5,4%) из всех 250 больных.

Из доказательных тестов с целью подтверждения ротационного подвывиха С1 применена рентгенография шейного отдела позвоночника в 2х проекциях и через открытый рот. Из всех исследованных детей, патология выявлена у 54% из которых асимметрия расположения зубовидного отростка у 32%, незаращение дужки позвонка у 10,5%, остеофиты зубовидного отростка у 12,2%.

Доплерография сосудов шейного отдела позвоночника произведена 157 больным детям выявлено – отсутствие функции одной из позвоночных артерий в 23%, явная асимметрия кровоснабжения через позвоночные артерии в 28%, незначительная асимметрия кровоснабжения по позвоночным артериям в 49% случаев.

Термография кожи шейного отдела позвоночника проведена 87 больным страдающим ротационным подвывихом С1. У всех больных выявлены зоны с изменением температуры кожи с разницей до 2° С.

Электрмиография мышц шей и верхних конечностей проведена у 17 больных. При ротационном подвывихе С1 определялась асимметрия биопотенциалов симметричных мышц.

Компьютерная томография проксимального шейного сегмента сделана 33 больным. Последняя подтверждает рентгенологические исследования, а у 17 детей (73%) выявлены рубцовые изменения в проксимальной части спинномозгового канала шейного отдела позвоночника.

Алгоритм лечения застарелого ротационного подвывиха С1: 1.устранение порочного положения головы, что осуществляется путем тракции за голову при помощи петли Глиссона на наклонной поверхности с умеренным грузом; 2.редрессация шейного отдела позвоночника с последующим наложением дисциплинарного воротника; 3. параллельно больной получает медикаментозное симптоматическое лечение.

Обсуждение результатов: Ротационный подвывих С1 в детском возрасте является главной причиной нарушения функции позвоночной артерии с многообразием симптомов данной патологии: боль в шейном отделе, головная боль, неправильное положение головы, асимметрия мышечных валиков затылочной области и симптомов общего характера как общая слабость, адинамия, повышенная утомляемость и др. Основные доказательные тесты ротационного подвывиха С1 являются: рентгенография шейного отдела позвоночника в двух проекциях и через открытый рот, доплерография сосудов вертебробазиллярной системы, термография кожи шейного сегмента, в меньшей степени электромиография мышц шей и верхних конечностей.

Лечение этой сложной патологии простое: вытяжение за голову при помощи петли Глиссона на наклонной поверхности с последующей редрессацией шейного отдела позвоночника и наложением дисциплинарного воротника. Лечение по длительности короткое с положительными результатами 75-80% случаев.

И.Ф. Гарбуз, В.М. Мунтян, Г.К. Гайман

БИОКОМПОЗИЦИОННЫЙ ПРЕПАРАТА КОЛЛАПАН В ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМАЦИИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины,
Приднестровский Государственный университет им. Т.Г.Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье

Варусная деформация голени устраняется только при помощи остеотомии большеберцовой кости с коррекцией её оси и остеоситезом металлической пластиной с угловой стабильностью. При таком способе образуется костный дефект, который в последующим закрывается вторичным заживлением.

С целью сокращения сроков сращения и соответственно закрытия дефекта применяются костные алло и аутотрансплантаты, которые далеко не всегда отвечают требованиям предполагаемого эффекта и желаемым результатам. Травматичность операций, косметические дефекты, риск воспалительных осложнений и возможность передачи вирусных инфекций (ВИЧ, гепатит), а также возрастные и религиозные ограничения, высокая стоимость материалов –далеко не полный перечень недостатков при проведении ауто- и аллотрансплантации с целью закрытия костного дефекта [2,3,4,5].

При современных методах лечения костных дефектов, увеличивается количество осложнений, достигающих 30% [1]. Особую актуальность приобретают костные дефекты при пластических операциях, где при хирургическом лечении необходимо не только заполнить дефект, но и добиться сращения с наиболее полным восстановлением длины, формы и функции сегмента конечности.

Одним из перспективных направлений современной травматологии и ортопедии при заполнении дефектов кости при пластических операциях на костях – это применение композиционного кальций-фосфатного препарата Коллапан у которого высокая биосовместимость, резорбируемость, антибактериальные, остеокондуктивные и остеоиндуктивные свойства [6,7,8,9].

Материалы и методы исследования

За последние 10 лет с успехом применяем кальций-фосфатный биокомпозиционный материал на основе синтетического гидроксиапатита, коллагена и антибиотика в виде Коллапан-Л (содержит линкомицин). Производится фирмой «Интермедпатит», регистрационный номер ФС 01034437/0437-06. Наблюдали 33-х больных в возрасте от 34 до 64 лет. Из них 23 (70%) –варусное искривление голени и 10 (30%) – свальгусным искривлением голени, мужчин –18(55%), женщин –15 (45%). Для фиксации костных отломков применялись металлические пластины с угловой стабильностью. *Методика оперативного лечения.* Осуществляли стандартный доступ к месту искривления. После ревизии области производится поперечная остеотомия большеберцовой кости на глубину до 2/3 поперечника. При помощи дилатора со стороны остеотомии отломки разводились до нужного угла и в таком положении производилась фиксация металлической пластиной с угловой ста-

бильностью. После тщательного гемостаза гранулами препарата КоллапАн рыхло заполняли имеющиеся дефекты между отломками. В тех случаях, когда не проводили открытого вмешательства в области перелома (внеочаговый остеосинтез обнажения места дефекта), применяли КоллапАн-гель, который в количестве 2-4 мл вводили в область повреждения шприцом через катетер. Пациентам проводили общепринятую схему обследования и лечения. В послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию от 2 до 6 суток по показаниям, симптоматическую, антикоагулянтную и инфузионную терапию. Больных активизировали в сроки от 1 до 3 суток. Пассивные движения в смежных суставах начинали в первые сутки после операции, активные движения – через 7-12 суток. Рентгенологический контроль осуществляли в динамике до полной консолидации перелома.

Результаты исследования

У всех оперированных пациентов невосприимчивость или аллергических реакций не было, раны зажили первичным натяжением в сроки от 10 до 14 суток после операции и в среднем через 14-16 дней после операции выписаны на дальнейшее амбулаторное лечение.

По данным рентгенографии заполнение костных дефектов и сращение переломов происходило за счет вновь образованной костной ткани без явлений гипертрофии. В участках, куда вставлялся КоллапАн, зон лизиса костной ткани не выявлялось.

После операции уже к концу 4-ой недели отмечено формирование эндостальной костной мозоли с небольшим периостальным компонентом. Мелкие костные фрагменты теряли четкие границы, между ними прослеживалось формирование костной ткани. В области дефектов также отмечалось формирование костной ткани в виде неоднородного затемнения. В дальнейшем к 3 месяцам после операции отмечено образование костной мозоли достаточно высокой плотности с участками формирования кортикальных пластин и костномозгового канала. При этом сращение происходило в основном за счет эндостальной костной мозоли с постепенной редукцией периостальной. В области дефектов, заполненных КоллапАном, к 4-5 месяцам наряду с увеличением интенсивности и однородности костной мозоли, постепенно происходило формирование кортикального слоя и костномозгового канала. В среднем сращение переломов большеберцовой кости при применении КоллапАна происходило раньше, чем в случаях без его применения. При использовании препарата КоллапАн при пластических операциях на костях голени в 100% случаев констатируется консолидация.

Обсуждение

Проблемы лечения деформаций костей голени требуют поиска новых методов оптимизации процессов регенерации после пластических операций. Современные разработки в частности кальций-фосфатные материалы или их композиты на основе гидроксиапатита и трикальцийфосфата (КоллапАн) оказывает многофакторное влияние на процессы активизации остеогенеза [3,9,10]. Методика вставления КоллапАна в зону дефекта кости не увеличивает объем оперативного вмешательства и не усложняет его, не требует дополнительного ин-

струментария и с успехом может применяться в комбинации с любыми методами остеосинтеза. Гладкое течение послеоперационного периода сопровождается уменьшением срока пребывания больных в стационаре. По данным настоящего исследования у больных, прошедших лечение по описанной выше методике, в 100% случаев констатируется закрытие костного дефекта. Следует отметить, что все эти пациенты проходили амбулаторное наблюдение до полного восстановления их трудоспособности и не нуждались в повторной госпитализации в связи с отсутствием осложнений. Высокий процент благоприятных исходов сокращает сроки реабилитации и социальной адаптации пациентов после пластических операций на костях голени, что, улучшает качество жизни больных.

Таким образом, применение биокомпозиционного гидроксиапатитсодержащего препарата КоллапАн в комплексном лечении больных с оскольчатыми переломами и ложными суставами длинных трубчатых костей, является эффективным методом, который должен найти широкое применение в практической медицине.

Список литературы

1. Зоря В.И., Ярыгин Н.В., Склянчук Е.Д., Васильев А.П. Ферментативная стимуляция остеогенеза при лечении несросшихся переломов и ложных суставов костей конечностей // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова.* – 2007. № 2. – С.80 -85.
2. Куценко С.Н. Сравнительная оценка хирургических методов лечения дефектов длинных костей // *Анналы травматологии и ортопедии.* – 1999. № 2-3(17-18). – С.127-138.
3. Берченко Г.Н., Кесян Г.А., Уразгильдеев Р.З. и др. Сравнительное экспериментально-морфологическое исследование влияния некоторых используемых в травматолого-ортопедической практике кальций-фосфатных материалов на активизацию репаративного остеогенеза // *Журнал «Бюллетень Восточно-сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН»*, №4, Иркутск, 2006. - С.327-332.
4. Bojescul J.A., Polly D.W., Kuklo T.R., Allen N. T.W., Wieand K.E. Backfill for iliac-crest donor sites: a prospective, randomized study of coralline hydroxyapatite. *American J. Orthopedics.* 2005. V. 34, № 8. P. 377-382.
5. Szpalski M., Gunzburg R.. Applications of calcium phosphate-based cancellous bone void fillers in trauma surgery. *Orthopedics.* 2002. V. 25, № 5 Suppl..P. 601-609.
6. Бушуев О.М. Использование Коллапана в комплексном лечении хронического остеомиелита: Автореф. дис. ... кандидата мед. наук. - Москва, 1999. – 21 с.
7. Берченко Г.Н., Уразгильдеев З.И., Кесян Г.А. и др. Активизация репаративного остеогенеза с помощью биоактивных резорбируемых материалов – кальций-фосфатной биокерамики и комплексного препарата Коллапан // *Ортопедия, травматология и протезирование.* - 2000. - №2. - С.96.
8. Кесян Г.А., Берченко Г.Н., Лазарев А.Ф. и др. Особенности репаративного остеогенеза в условиях применения различных биоимплантатов. // *Клинические и фундаментальные аспекты тканевой терапии. Теория и практика клеточных биотехнологий: Материалы II Всероссийского симпозиума с международным участием.* Самара, 2004. - С.- 19-20.

9. Берченко Г.Н.. Обоснование использования биоактивных материалов – кальций фосфатной керамики и Коллапана для замещения дефектов костной ткани. Тезисы 2-го съезда Международного Союза Ассоциаций патологоанатомов. М., 1999. С. 38-39.

10. Берченко Г.Н. Биотрансформация костных трансплантатов: Биоимплантология на пороге XXI века. Симпозиум по проблемам тканевых банков с международным участием. – М.: ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова, Самарский ГМУ, 2001. – С. 39 – 40.

О.В. Грицкан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОЙ В ООО «МЕДИН» ЗА ПЕРИОД С 09.13 ПО 08.14 гг.

Отделение физиотерапии медико-диагностического центра «Медин»
г. Тирасполь, Приднестровье
(+373 533) 61818, fizioterapiya.medin@mail.ru

Цель исследования: анализ эффективности применения Экстракорпоральной Ударно-Волновой Терапии (ЭУВТ) при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, геноидной липодистрофии и др.

Материалы и методы: за указанный период в кабинете УВТ был пролечен 251 пациент (100%), отпущено 818 процедур, что составило 3,2 процедуры на 1-го больного. Процедуры проводились на аппарате ShockMaster 500 компании Gymna Uniphy. Все пациенты прошли дополнительные инструментальные и лабораторные обследования, консультации смежных специалистов для подтверждения диагноза и выявления противопоказаний к данному виду лечения.

Наиболее часто встречающиеся нозологии:

– ДДПП пояснично-крестцового отдела (с наличием грыж дисков L4-L5, L5-S1 и без таковых) -21 человек (8,4%), отпущено 72 процедуры (=3,4 процедуры на одного больного). Улучшение – 18 человек (85,7%), без изменений- 3чел. (14,3%), ухудшений не было.

– Оссифицирующий тендиноз («Пяточные шпоры») самая большая группа – 129 человек (51,4%), отпущено 377 процедур (=2,9 процедур на одного пациента). Из этой группы у 27 пациентов процесс 2-х сторонний, 8 пациентов получали дополнительно другие виды ФТЛ (НИЛИ, магнитотерапию, УЗТ). Улучшение 99 человек (76%), без изменений 28чел. (21%), ухудшение -2(2%)

– Диабетическая ангиопатия нижних конечностей (СД 2 тип, средней степени тяжести, диабетическая ангио и полинейропатия нижних конечностей, все пациенты состоят на Д-учете у эндокринолога, принимают таблетированные сахароснижающие препараты) -3 пациента (1,2%), отпущено 16 процедур (5,3 процедуры на 1 пациента), 1 жен., 2 муж. Улучшение – 3 человека (100%)

Улучшение наблюдалось в ходе прохождения курса лечения у всех пациентов – уменьшение онемения конечностей, болей, увеличение физической активности. Процедуру ЭУВТ пациенты принимали 1 раз в неделю на голени и стопы, побочных эффектов и ухудшения общего самочувствия у пациентов не было отмечено. Через 6 мес. повторно обратился пациент К. – эффект сохранен.

– Артрозы различной локализации, 80 пациентов (31,8%) – 258 процедур (3,2 процедуры на одного пациента). Улучшение – 61 человек (76,25%), без изменений- 17 чел.(21,25%), ухудшений – 2 чел.(2,5%).

В зависимости от локализации:

Суставы	Кол-во чел.	Кол-во проц.	Динамика		
				Кол-во чел-к	%
плечевые	20 (25%)	62	улучшение	15	75
			Без изменений	4	20
			ухудшение	1	5
тазобедренные	9 (11,3%)	33	улучшение	8	88,9
			Без изменений	1	11,1
			ухудшение	-	-
локтевые	6 (7,5%)	18	улучшение	3	50
			Без изменений	3	50
			ухудшение	-	-
голеностопные	6 (7,5%)	22	улучшение	5	83,8
			Без изменений	1	16,7
			ухудшение	-	-
Hallux valgus	11 (13,8%)	36	Улучшение	9	81,8
			Без изменений	2	18,2
			ухудшение		
коленные	26 (32,5%)	82	Улучшение	19	73
			Без изменений	6	23
			ухудшение	1	4
Прочие	2 (2,4%)	5	Улучшение	2	100
			Без изменений		
			ухудшение		

14 пациентов дополнительно принимали ФТЛ (лазеротерапия, электролечение, УЗТ, магнитотерапию), что сократило время лечения (потребовалось меньшее количество процедур УВТ) и повысило эффективность ЭУВТ. Применение ЭУВТ при ДАО мелких суставов стоп и кистей дало выраженный положительный эффект после 3 сеансов, через 8 мес. эффект сохраняется (пациентка К. с идеопатическим полиостеоартрозом с преимущественным поражением межфаланговых суставов кистей рук прошла 2 курса ЭУВТ с выраженной положительной динамикой).

– Геноидная липодистрофия (целлюлит) 18 пациенток(7,2%) 95 сеансов ЭУВТ (4 пациентки не закончили курс лечения по независящим от нас причинам). Из общего количества 5 пациенток прошли полный курс по программе

«Идеал» (антицеллюлитный массаж №10 еж, ЭУВТ бзон №6 с интервалом в 4 дня, акваэробика), 4-е - сочетали ЭУВТ с массажем, электростимуляцией, прессо-терапией. Всем пациенткам было рекомендовано повысить физическую активность (плавание, акваэробика, тренажерный зал) и придерживаться диетического питания. Возраст женщин составил от 22 лет до 51 года. При обращении все пациентки отмечали снижение тургора кожи и появление «апельсиновой корки» разной степени выраженности в области ягодич, зоны галифе. 14 пациенток прошли полный курс лечения, в ходе которого отмечали хорошую переносимость процедур, отсутствие побочных эффектов, улучшение тургора и цвета кожи, выравнивание рельефа кожи в проблемных областях.

Выводы: таким образом, из всей группы пациентов (251 человек) улучшение достигнуто у 78,5% (197 человек), без изменений -19,9%(50 человек), ухудшений -1,6%(4 человека), что в клинической практике показывает достаточно высокую эффективность и безопасность метода ЭУВТ. Процедуры ЭУВТ являются неинвазивными, не требуют госпитализации больного, проводятся амбулаторно с интервалом от 3-х до 7 дней, хорошо переносятся больными, могут применяться в качестве монотерапии, эффективен относительно короткий курс лечения (3 сеанса), субъективное улучшение отмечается в ходе лечения после 1-2 процедуры с нарастанием эффекта в течение 3-6 месяцев. В настоящее время исследования продолжают.

Литература.

1. Егорова Е.А., д.м.н., гл. специалист по научно-исследовательской работе Главного клинического госпиталя МВД России «Применение УВТ в лечении дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата», Москва.
2. Пономаренко Г.Н. «Ударно-волновая терапия пациентов с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата» (методические рекомендации), С-Петербург 2012г.
3. К. Knobloch at al. BMC Women*s Health 2010 «Целлюлит и экстракорпоральная ударно-волновая терапия. Рандомизированное исследование».
4. Научные статьи и данные исследований ЭУВТ закрытого клуба пользователей «ShockMaster Gymna Uniphy».

В.П. Дальниченко, А.Г. Дону, Р.В. Окушко

АУТО-ОРТОПЛАЗМА(ПЛАЗМОЛИФТИНГ) ПРИМЕНЕНИЕ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ В ПМР

ГУ«Днестровская городская больница» отделение травматологии и ортопедии
г. Тирасполь, Приднестровье

Родоначальниками инъекций в организм егоже собственной крови принято считать шведских врачей Grafstrom и Elfstrom.В 1898 году в США они впервые в мире произвели инъекции аутологичной крови в растворе поваренной соли при пневмании и туберкулезе.

В 1905 году немецкий хирург Август Бир установил, что собственная кровь пациента, введенная ему в бедро представляет собой нечто вроде раздражителя для организма и позволяет добиться ускорения заживления переломов.

В 1934 году В.Ф.Войно-Ясенеvский опубликовал «Очерки гнойной хирургии», где была описана методика ауто-гемотерапии в виде инфильтрации цельной аутокрови в очаг воспалительной процесса мягкой ткани.

Следующим этапом в развитии методов использующих аутокровь, стало применение плазмы-части крови, свободной от эритроцитов и богатой тромбоцитами.

Причиной применения аутоплазмы с богатым содержанием тромбоцитов стало открытие того факта, что тромбоциты содержат белковые факторы инициализирующие клеточный регенеративный процесс.Одним из новых этапов в применении аутогеомолизации стало создание и применение инъекционной формы богатой тромбоцитами плазмы разработанной в 2001 году российскими учеными: профессором, Д.М.Н. Ахмеровым Ренатом Рашитовичем и кандидатом мед. наук Р.Ф.Зарудием. Тогда же было предложена оригинальная название методики плазмалифтинг.

Принципиальное преимущество инъекционной формы аутоплазмы, содержащей тромбоциты, заключается в удобстве использования возможностях применения не только в хирургической практике, но и терапевтической. Исползования аутоплазмы,содержащей тромбоциты, представляет сегодня собой одну из немногих возможностей модулировать и улашдать регенерацию тканей.

Полуение аутоплазмы, содержащей тромбоциты, включает отделение плазмы и тромбоцитов от эритроцитов как по градиенту плотности так и с использованием лабораторных фильтров.

Стратегия применения аутоплазмы состоит в улашдении и ускорению процессов, вызываемых содержащимися в тромбоцитах факторами роста. Не являющаяся токсичной или иммунной реактивной аутоплазмы, содержащая тромбоциты, ускоряет механизмы регенерации благодаря наличию в тромбоцитах фактора роста и регулирует функцию первичного роста.

Плазмалифтинг применяется как в дерматологии так и в стоматологии. Как в пластической хирургии так и травматологии и ортопедии.

В 2010 году на базе РУДН г. Москва мне удалось пройти обучение по поводу технологий по плазмалифтингу и ауто-ортоплазме в травматологии и ортопедии у самого профессора Амеров Р.Р. Которое мы успешно воплощаем в жизнь тем самым облегчаем участь наших больных с тяжелыми формами деформирующих остеоартрозах коленных и тазобедренных суставов, а также спонделоартрозов и нестабильности в шейном отделе позвоночника и грыж позвоночника.

За этот период нами пролеченно более 150 пациентов, которые находятся у нас на постоянном «Д» учете и динамику мы можем проследить в любое время и подтвердить рентгенологически.

Цель лечения: остановить процессы дегенеративно-деструктивного характера в пораженных суставах.

Как можно дольше удержаться от эндопротезирования суставов и сохранения собственных суставах. Восстановить объемы движения пораженных суставов,

снять болевые ощущения и восстановить функцию суставов. Плазмолифтингу доступно все возрастные группы больных.

Побочных явлений, у тех лиц, которые были подвержены процедуре, не наблюдалось, не наблюдалось и осложнений. Единственными противопоказаниями для плазмолифтинга являются онкологическими заболеваниями и сахарный диабет в стадии декомпенсации.

Результаты: Из 150 больных ДОА коленных и тазобедренных суставов, а также с понделоартрозами и грижами дисков позвоночника удалось достичь почти 100% положительный результат.

Многие из них воздерживаются от эндопротезирования.

На одной из своих лекций в г. Тирасполе академик Лоскутов твердо выразился, что лучше иметь свой собственный подвижный сустав, хотя и с болями чем самый дорогой эндопротез.

Другая часть больных пофторяет сеансы аутоортоплазмы каждые 3-6 месяцев. Раз в 12 месяцев делаем рентген контроль в динамике.

Выводы: На данный момент времени метод лечения аутоортоплазмой обогащенной собственными тромбоцитами является наиболее физиологичным, без вредным Аалергенным и очень эффективным методом больных. Мы практически не пользуемся препаратами геалуриновой кислоты тем более препаратами синтетического характера: так называемые эндопротезы синовиальной жидкости и хиалгонами например как нолтрекс и другие лжехваленные препараты из этой группы которые в последствие вредят пациентам и являются неисправимыми клиньями в межсуставных щелях.

Материально-техническое обеспечение метода:

1. Центрифуга ЕВА-20
2. Пробирики плазмолифтинг сертифицированные
3. Периферические венозные катетеры
4. Стерильные одноразовые шприцы

Метод лечения является доступным любому хирургу который владеет тактикой ведения внутрисуставных и параартикулярных блокад в хирургическом (прцедурном кабинете) с соблюдением принципов асептики и антисептики, и не требует массивных материальных затрат.

А.Д. Игнатов, И.Ф. Гарбуз, В.Г. Мазур, А.О. Гозун

ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫЕ ПЕРЕЛОМЫ У ДЕТЕЙ

*Государственное учреждение «Республиканский центр матери и ребенка»
Приднестровский государственный университет им. Т.Г.Шевченко,
Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины
г. Тирасполь, Приднестровье*

Цель исследования: Для оценки эффективности разных методов лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости проведен анализ результатов ле-

чения 55 пациентов, которые находились под наблюдением в хирургическом отделении ГУ «РЦМиР» с 2011 до 2015гг. Своевременное лечение дало возможность в 99,8% случаев получить положительные результаты лечения, уменьшить время пребывания больного в стационаре, снизить вероятность формирования контрактуры локтевого сустава и развитие инвалидности. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости – тяжелая травма локтевого сустава. Вопросам классификации, патогенезу, клинике, диагностике и лечению их у детей посвящено большое количество работ. Существует множество методов лечения данного вида травмы, предложено немало авторских разработок. Однако нет единого алгоритма по их применению, что вызывает разногласия среди практикующих врачей и, в то же время, необходимость дальнейшего изучения проблемы.

Среди повреждений верхней конечности переломы дистального отдела плечевой кости у детей встречаются в 16,2% [Баиров Г.А., Paksima N.]. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости составляют от 65,5% до 85,5% всех переломов дистального отдела плечевой кости. Данные переломы наблюдаются, в основном, в возрасте от 3 до 12 лет (74,8%-83,7%). В зависимости от механизма травмы они делятся на экстензионные и флексионные. Экстензионные переломы наступают при падении на разогнутую руку и составляют 85-90% всех повреждений [Дольницькій О.В., Корж А.А., Бондаренко Н.С.]. Этим переломам сопутствует внутренняя ротация дистального отломка, связанная с рефлекторной деятельностью мышц: трехглавой, двуглавой и плечевой, что обуславливает появление вторичных смещений, а также развитие неблагоприятной варусной деформации верхней конечности в 26-30% [Анкин Л.Н., Чижик-Полейко А.Н.]. К редким, но наиболее сложным в лечебно-тактическом и прогностическом отношении повреждениям относятся Т- и У-образные чрезмыщелковые переломы.

Чрезмыщелковые переломы в 90% случаев сопровождались смещением костных отломков, требующих их репозиции [Мателенок Е.М.]. В связи с пересмотром понятия о «допустимых смещениях» расширены показания к хирургическому лечению чрезмыщелковых переломов. Большинство авторов считает, что только полное сопоставление отломков гарантирует оптимальное восстановление функции локтевого сустава [Морозов Д.С., Немсадзе В.П., Paksima N.]. Для выбора метода лечения наиболее важным являются величина и направление первичного смещения отломков и связанная с ним степень повреждения окружающих мягких тканей, направление плоскости излома, срок, прошедший с момента травмы до поступления в клинику, проводившееся до поступления в клинику лечение. Сложность лечения таких повреждений состоит в противоречии между определением показаний к проведению оперативного или консервативного способов лечения. Значительное количество осложнений и неудовлетворительных исходов обуславливает необходимость провести более детальный анализ лечения детей с чрезмыщелковыми переломами.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением в хирургическом отделении ГУ «РЦМиР» с 2011 по 2015 г. находилось 55 ребенка в возрасте от 1 года до 15 лет с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости. Мальчиков было 39

(70,9%) детей, девочек - 16 (29,1%) ребенка. Распределение детей по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение детей по полу и возрасту

ПОЛ / ВОЗРАСТ	0-3	3-7	8-11	12-15	ВСЕГО
МАЛЬЧИКИ	1 (1,81%)	20 (36,36%)	17 (30,9%)	1(1,81%)	39 (70,9%)
ДЕВОЧКИ	1 (1,81%)	11 (20%)	3 (5,45%)	1 (1,81%)	16 (29,1%)
ВСЕГО	2 (3,63%)	31 (56,36%)	20 (36,36%)	2 (3,63%)	55

Открытые переломы встречались в 3 (5,45%) случаях, закрытые – в 52 (94,55%). Наиболее частый механизм травмы - падение на верхнюю конечность. Подавляющее большинство больных поступало в сроки до 12 часов, однако в 1,81% (1 ребенок) - на 10 сутки после травмы с выраженным отеком в области перелома и деформацией. Ребенок поступил из района, где ему проводилось скелетное вытяжение, в результате которого не удалось сопоставить отломки. Ближайшие результаты изучены у 47 больных. Основными критериями оценки ближайших результатов считали сроки сращения чрезмыщелкового перелома, восстановление конфигурации и функции локтевого сустава. У 45 детей проводилась открытая репозиция с фиксацией отломков спицами Киршнера. Консолидация перелома диагностирована у всех детей, средний срок составил 27±3дня. У одного пациента появилась деформация локтевого сустава с ограничением разгибания до 170°.

Закрытая репозиция с последующей фиксацией гипсовой повязкой произведена в 10 клинических случаях. Длительность пребывания больного в стационаре составила 3-5 дня. Сращение перелома наступило на 21±3 дня. Полное восстановление функции локтевого сустава отмечено у 10 (100%) детей.

Проведенный анализ результатов лечения чрезмыщелковых переломов в зависимости от применяемых методов показал, что оба способа закрытой репозиции и открытой репозиции с фиксацией отломков спицами Киршнера, при дальнейшей грамотной разработке локтевого сустава, дают положительные результаты в 98,18% случаев.

Выводы:

1. Лечение чрезмыщелковых переломов необходимо проводить с учетом особенностей детского организма в специализированном детском травматологическом стационаре.

2. Скелетное вытяжение является приемлемым методом временной иммобилизации конечности до выполнения окончательной стабилизации при закрытых переломах, однако при его применении необходим тщательный рентгенологический контроль.

3. Закрытую репозицию костных отломков с последующей фиксацией гипсовой лонгетой необходимо выполнять в первые часы после травмы под адекватным обезболиванием, с контролем до и после репозиции состояния периферического кровообращения, рентгенологическим контролем после репозиции, щадящим отношением к конечности, многократностью (не более 2 раз). При неэффективности показана открытая репозиция перелома.

4. Технически правильно выполненная закрытая репозиция с одноментным чрескостным металлостеосинтезом имеет преимущества перед открытой репозицией и дает лучшие анатомо-функциональные результаты.

5. Открытая репозиция показана при открытых переломах с обширными повреждениями мягких тканей, многооскольчатых переломах, со сложным смещением отломков, повреждениях сосудов и нервов, тяжелых расстройствах кровообращения. В период острой травмы применение открытой репозиции позволяет получить отличные анатомические результаты хорошие функциональные результаты.

6. Тепловые физио - процедуры и массажи в ранние сроки восстановительного периода противопоказаны в связи с развитием избыточной костной мозоли и оссификатов, что в дальнейшем может приводить к развитию контрактуры локтевого сустава. Необходима пассивная разработка.

А.Р. Лысенко, Р.В. Лысенко, В.А. Слободцов, С.В. Лопатин

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ НАДОСТНОЙ МЫШЦЫ ПОСЛЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА

ГУ Слободзейская ЦРБ, отделение травматологии и ортопедии
г. Слободзея, Приднестровье
(557) 22564, romek-50@list.ru

Traumatic dislocations of a shoulder make to 60 % of all traumatic dislocations. To 24 % from all dislocations of a shoulder make axillary dislocations. At this type of dislocations often there are damages of vessels, nerves and sinews. This type of damage on classification concerns the complicated dislocations of a shoulder and quite often demands surgical treatment.

Введение: Травматические вывихи плеча составляют до 60% всех травматических вывихов. До 24% от всех травматических вывихов плеча составляют подмышечные вывихи. Именно при этом типе вывихов часто возникают повреждения сосудов, нервов и сухожилий. Этот тип повреждения по классификации относится к осложненным вывихам плеча и нередко требует хирургического лечения.

Цель: Ознакомить коллег с нашим опытом хирургического лечения последствий травматического вывиха плеча осложненного полным повреждением сухожилия надостной мышцы.

Материалы и методы: Приводим наблюдение больного П. 43лет по профессии учитель физкультуры. Получил травму при падении на вытянутую руку, в результате чего возник подмышечный вывих правого плеча. Обратился в кабинет травматолога консультативного отделения где под внутривенной анестезией вправлен вывих плеча, конечность на 4 недели фиксирована в гипсовой повязке

Дезо. После снятия гипсовой повязки получал восстановительное лечение: массаж, ЛФК, физиотерапевтическое лечение. В виду сохраняющегося нарушения функции отведения плеча направлен на консультацию к заведующему отделением. Больной прошел обследование ЭНМГ где исключено повреждение подмышечного нерва. На МРТ плечевого сустава обнаружено повреждение сухожилия надостной мышцы. В плановом порядке под внутривенной анестезией поперечным доступом обнажено подакромеальное пространство, найден свободный конец оторванного сухожилия надостной мышцы при подтягивании которого к большому бугру сохранялся дефект до 2,5 см. даже при отведении плеча. Из широкой фасции бедра взят лоскут шириной 3см. и длиной 12см. У верхушки большого бугра сформирован поперечный канал через который проведен свернутый трубкой лоскут широкой фасции бедра. Ножки лоскута в виде восьмерки подшиты к натянутому свободному концу сухожилия надостной мышцы. Плечо отведено до 70 градусов. Рана ушита. Конечность фиксирована отводящей шиной сроком до 6 недель.

Результаты и обсуждение: Больной прошел длительный период восстановительного лечения, функция конечности восстановлена полностью. Пациент вернулся к работе учителя физкультуры.

Выводы: Травматические подмышечные вывихи плеча часто бывают осложненными. Повреждения сосудов и нервов диагностируются в свежих случаях, а повреждения сухожилий выявляются либо при восстановительном лечении после иммобилизации, либо при дополнительных методах исследования: УЗИ или МРТ. При подмышечных вывихах можно рекомендовать эти исследования для ранней диагностики как повреждения Банкарта так и ротаторов плеча.

С.В. Кошуг, М.И. Дарчук

МЕНЕДЖМЕНТ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Государственный Университет Медицины и Фармации «Николай Тестемичану»,
Кафедра ортопедии и травматологии,
Институт скорой помощи, г. Кишинёв, Р. Молдова
(+373) 68 511421, stanislav.cosciug@usmf.md

Summary: Management of open fractures. Review of the literature

Given the dynamic of the development of transportation and communication today, the rhythm of our daily lives and new technology, the risk of trauma has increased significantly. The question of how to treat open fractures has been put a long time ago, thus after analysis of numerous scientific articles, we conclude that this problem is still relevant today, as a result of different views and approaches proposed by different authors. Frequently hospitalized patients with open fractures, are patients with associated traumas. Many authors try to bring their personal contribution in developing and applying protocols in day to day practice in treating these kind of patients. We set

a goal to identify the main approaches in treating patients with open fractures. In order to achieve this, we have analyzed scientific literature sources, including generalized and classical materials studied. Thus, after analyzing and summarizing the information, we have concluded that there is no common tactic in management of patients with open fractures, and in order to identify and implement a universal management in day to day practice, this problem needs a more thorough and multi-faceted approach, which makes it possible to conduct a full clinical research.

Key words: open fracture, classification of open fracture

Резюме: Менеджмент открытых переломов. Обзор литературы

Учитывая динамику развития транспорта и коммуникаций, ритм жизни людей, а также повсеместно и повседневно внедряемые технические достижения, риск травматизма существенно возрастает. Вопросы в лечении открытых переломов возникали с давних времён, при более подробном анализе научных статей, выясняется, что и сегодня данная проблема остаётся актуальной, в результате различных мнений и подходов предлагаемых различными авторами. Очень часто пациенты госпитализированные с открытыми переломами являются пациентами с политравматизмом. Многие авторы стараются привнести свой личный вклад в разработку и внедрение в повседневную практику собственных протоколов ведения таких больных.

Цель: определить основные закономерности в тактике лечения пациентов с открытыми переломами конечностей.

Материалы и методы: мы проанализировали научные литературные источники (предпочтение отдавалось статьям выпущенным в последние 5 лет, согласно требованиям Доказательной Медицины), в том числе и классические, и обобщили изученные материалы. **Вывод:** проанализировав и обобщив полученную информацию, напрашивается вывод – единой тактики в ведении пациентов с открытыми переломами нет, и с целью определения и внедрения универсального менеджмента в ежедневную практику клиник, данная проблема требует более тщательного и многопланового подхода, что даёт возможность провести полноценное клиническое исследование.

Ключевые слова: открытый перелом, классификация открытого перелома

В.М. Корсак, Д.И. Гамурар, С.Ф. Морозенко

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЯТОЧНОЙ “ШПОРОЙ”, ПОДПЯТОЧНЫМ БУРСИТОМ, ИСПОЛЬЗУЯ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ БЛОКАДЫ

Отделение травматологии консультативной поликлиники ГУБЦГБ
г. Бендеры, Приднестровье

Пяточная “шпора”, осложненная плантарным фасцитом – это хроническое заболевание, характеризующийся постоянной острой болью в пяточной области при ходьбе.

Эпидемиологически в большинстве случаев встречается у лиц старше 50 лет, чаще у женщин.

Факторы риска в развитии данной патологии – это: избыточный вес, плоскостопие, спортсмены и лица, работа которых связана с длительными статико-динамическими перегрузками на область пяток.

Клиническая картина: Боли в пятке появляются внезапно, без каких-либо вторичных причин. Пациенты отмечают интенсивные резкие колющие боли в пяточной области при ходьбе, характерны «стартовые боли», то есть утренние или после длительного отдыха боли, при начале ходьбы. В течение дня боль при ходьбе несколько утихает, а к вечеру возможно усиление болевого синдрома.

Верификация диагноза «пяточная шпора» на основании клинико-инструментального обследования. При пальпации подошвенной поверхности пяточной кости отмечается болезненность, чаще в центре, иногда по внутренней поверхности пяточной области. На рентгенограмме пяточной кости в боковой проекции визуализируется костный вырост в виде шипа по подошвенной поверхности в зоне фиксации плантарного апоневроза. На ранних стадиях заболевания, костный «шип» может быть не виден, боли связаны с воспалительными изменениями – плантарный фасциит, подпяточный бурсит.

Лечение пяточных «шпор», как правило, консервативное – использование НПВС, физиотерапевтическое, местное лечение, ортопедические стельки – супинаторы.

При неэффективности вышеописанного лечения приступают к лекарственным блокадам с использованием растворов стероидных лекарственных средств, обладающих мощным местным противовоспалительным действием, что приводит к быстрой регрессии воспалительного процесса и купированию болевого синдрома.

Процедура блокады требует большого опыта и знаний, поэтому данную манипуляцию должен проводить только квалифицированный специалист ортопед-травматолог или хирург. Выбор препарата, его количество и глубина введения играют большую роль. Если все выполнено правильно, то человек забудет о своей болезни на долгое время, если была допущена ошибка, то никакого эффекта не наступит, вплоть до того, что могут развиваться осложнения – нагноение в месте инъекции, остеопороз, некроз тканей в месте введения. При частом применении возможен разрыв фасции или связок.

Нами использовались для медикаментозной блокады растворы стероидных противовоспалительных средств (Кеналог 40, Дипроспан, Флостерон). Процедура проводилась в условиях перевязочного кабинета с соблюдением правил асептики и антисептики под местной анестезией р-ром Лидокаина 2%-2,0 в область пяточной шпоры, подпяточной бурсы, по подошвенной поверхности, несколько медиально в точку наибольшей болезненности. Процедура проводилась трижды через три дня.

Обследование пациентов проводилось перед началом лечения, в ходе лечения и после третьей инъекции. Оценивалось: интенсивность болевого синдрома, «стартовой» боли, улучшение качества жизни пациента, а также развитие побочного действия лекарства.

Параллельно наблюдалась контрольная группа, получавшая НПВС, местное и физиотерапевтическое лечение.

Результаты и обсуждения:

За период с 2010 по 2014 годы 230 пациентов лечились медикаментозными блокадами, женщин 157, мужчин 73. Средний возраст составил 52 года.

В контрольной группе 36 пациентов, мужчин 12, женщин 24. Средний возраст 46 лет

Сравнительная оценка результатов:

- 1) Явное улучшение – 186 (80%) – наблюдаемая группа; 2 (5,5%) – контрольная группа.
- 2) Улучшение состояния – 228 (99%) – наблюдаемая группа; 16 (44%) – контрольная группа.
- 3) Без улучшения – 2 (0,8%) – наблюдаемая группа; 14 (38%) – контрольная группа.
- 4) С ухудшением состояния – 0 – наблюдаемая группа; 4 (11%) – контрольная группа.

Побочные реакции в виде повышения артериального давления наблюдались у двенадцати пациентов с гипертонической болезнью (5,2%), купировались гипотензивными препаратами. Местных осложнений после проведения блокад не отмечалось.

Выводы: Применение метода лечения пяточных «шпор», подпяточных бурситов с использованием блокад растворами стероидных противовоспалительных лекарственных средств приводит к хорошему клиническому результату, в подавляющем большинстве случаев отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома, что в свою очередь привело к улучшению качества жизни пациента. Динамическое наблюдение за пациентом показало – в течении трех лет после курса лекарственных блокад рецидив болевого синдрома отмечался у 15 человек (6,5%), более трех лет у 26 пациентов (11,3%), что в свою очередь можно оценить, как хороший результат.

В.В. Цуркан, Б.С. Гуменный, Т.Г. Бивол, М.Я. Малиновский

ОСТЕОПОРОЗ – БИЧ 21 ВЕКА. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

ГУ «Рыбницкий лечебно-диагностический реабилитационный центр»
г. Рыбница

Цель: Определение риска развития остеопороза. Внедрение новых методик диагностики остеопороза в нашем регионе.

Материалы и методы исследования: Литературный обзор.

Остеопороз («пористая кость») – системное заболевание скелета со снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани,

приводящими к увеличению хрупкости кости и повышению риска переломов. Наиболее типичны переломы костей дистального отдела предплечья, проксимального отдела бедра (шейки, чрезвертельной области) и позвоночника (тела позвонков). К концу 20-го, началу 21-го века человечество столкнулось с одной серьезной проблемой - остеопорозом. Заболеваемость постепенно росла, и, в конечном счете, приняла характер эпидемии. Что это, новое заболевание? Нет. Остеопороз известен давно, но воспринимался в большинстве случаев как отдельный симптом, выявляемый преимущественно при рентгенографии, и сравнительно нечасто. На международном конгрессе по остеопорозу в 1990 году остеопороз признан самостоятельным заболеванием.

Что же такое остеопороз? Почему все больше людей заболевают им? Остеопороз – это системное заболевание костной ткани, сопровождающееся снижением ее плотности, проще говоря, кости становятся настолько хрупкими, что любое движение, будь то даже обычный наклон, может привести к сложнейшему перелому позвоночника, а закручивание пробки на бутылке, к перелому костей запястья. И, как свидетельствует статистика, женщины из-за особенностей строения костной ткани более подвержены этому заболеванию. В период гормональных перестроек (беременность, роды, климакс) костная система женщин становится еще более уязвимой перед угрозой остеопороза. Реже, но встречается этот недуг и у мужчин, что связано с воздействием окружающей среды, а также с образом жизни: малая физическая активность, злоупотребление алкоголем, кофе и никотином. Кстати, «заработать» остеопороз помогают и некоторые сопутствующие заболевания. К примеру, нарушение гомеостаза, как например сахарный диабет первого типа, заболевания щитовидной и паращитовидных желез, надпочечников, хронические болезни почек и ревматические заболевания, а также длительный прием глюкокортикоидных гормонов, противосудорожных препаратов являются предрасполагающими к развитию остеопороза. Сейчас проблемы остеопороза являются приоритетными для здравоохранения развитых стран. Чем опасен остеопороз? Тем, что протекает он скрытно и проявляется на поздней стадии переломами костей при незначительной травме. Что такое перелом позвонка или шейки бедренной кости – объяснять не нужно. Риск обнаружить у себя это заболевание максимален в пенсионном и предпенсионном возрасте.

Остеопороз часто называют бессимптомным заболеванием. Все потому, что признаки и симптомы остеопороза не проявляются, пока не стало слишком поздно. Первый симптом остеопороза, который мы не можем не заметить, - это сломанная кость. Несмотря на то, что остеопороз называют «молчаливой» болезнью, у нее все же есть предпосылки, хотя и не явные. При остеопорозе бывают ноющие, как от усталости, боли в спине. К косвенным признакам также относятся ночные судороги ног, повышенная утомляемость, пародонтоз, хрупкость ногтей, преждевременное поседение волос и чувствительность суставов на погоду. И хотя наличие этих симптомов не является стопроцентным подтверждением диагноза, оно все-таки позволяет определить круг исследований, необходимых для его уточнения.

Незаменимую помощь в решении этой сложной задачи может оказать денситометрия. Остеоденситометрия – это объективный (количественный) метод оценки плотности костной ткани с помощью различной медицинской аппаратуры. В настоящее время в медицине существует несколько **методов денситометрии**, из которых наиболее распространен метод ультразвуковой компьютерной денситометрии (эходенситометрии).

Для ультразвуковой денситометрии характерна очень высокая чувствительность к изменениям плотности костей, поэтому она эффективна при диагностике начальных признаков остеопороза, когда потеря костной плотности еще не превышает 3-4%, в то время как при обычном рентгенологическом исследовании, остеопороз диагностируется при нарушении минерализации костей в 25-30%).

Выделяют три аспекта лечебных мероприятий по отношению к остеопорозу. Патогенетический принцип является основным в лечении остеопороза, он направлен на нормализацию составляющих костного ремоделирования - подавление повышенной костной резорбции или стимуляцию костеобразования. Этиологический аспект - лечение основного заболевания при вторичном остеопорозе или отмена препаратов, отрицательно влияющих на метаболизм костной ткани, что трудно выполнимо в практической деятельности. Третье направление - симптоматическая терапия.

Список литературы:

1. Беневоленская Л.И. Остеопороз - актуальная проблема медицины // Остеопороз и остеопатии. 1998.
2. Рожинская Л.Я. Системный Остеопороз (патогенез, диагностика, лечение). М.: КРОН-ПРЕСС, 1996.
3. Родионова С.С., Балберкин А.В., Колондаев А.Ф. и др. Принципы патогенетически обоснованного лечения первичного остеопороза. Пособие для врачей. М., 2002.
4. «Остеопороз» Методические рекомендации для врачей. Москва 1997. Российская ассоциация по остеопорозу, Эндокринологический научный центр РАМН, Институт ревматологии РАМН.

ТЕРАПИЯ

Т.В. Бабенко, К.В. Коробка

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА LYMPHOMYOSOT В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГРИППА И ОРВИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Тираспольский клинический центр амбулаторно-поликлинической помощи»
ООВП №1 поликлиника № 1; ООВП №2 поликлиника № 6
г. Тирасполь, Приднестровье

Актуальность темы: препарат *Lymphomyosot* относится к антигемотоксическим препаратам и оказывает комплексное действие: лимфодренажное; противоотечное; детоксикационное; иммуномодулирующее. Дополнительно оказывает противовоспалительное действие и активизирует обмен веществ. Такой широкий спектр действия препарата реализуется за счет входящих в его состав четырнадцати компонентов растительного и трех компонентов минерального происхождения, тропных к лимфатической системе организма (в том числе и к лимфоглоточному кольцу Пирогова). Данный состав обеспечивает препарат *Lymphomyosot* мощными дренажными свойствами, позволяющими очищать лимфу и рыхлую соединительную ткань от токсинов, как во время заболеваний, так и с профилактической целью, особенно у детей и взрослых с лимфатико-гипопластической конституцией, склонных к увеличению лимфатических желез, аллергии, частым ОРВИ и хроническим тонзиллитам. Очищая лимфатическую систему кишечника (пейеровы бляшки), он усиливает местный иммунитет слизистой кишечника и, поэтому эффективен в составе комплексной терапии, для лечения дисбактериоза стафилококковой, протейной и другой этиологии, что подтверждается отсутствием роста патогенной флоры при посеве кала на наличие дисбактериоза, после курса лечения этим препаратом.

Также, он эффективен при астенических состояниях, астено-невротическом синдроме, соматических расстройствах, нарушениях умственного развития (вследствие интоксикации организма, в том числе и лекарственной); в качестве подготовительного этапа при кардиальных (недостаточность левого и правого желудочков сердца) и почечных отеках (нефроз, нефрит, и другие нефропатии); нарушениях оттока лимфы после операций или травм (лимфатические отеки). Он также оказывает стимулирующий эффект на дренажные функции печени при экземах, нейродермите, эндогенных дерматозах.

Способность препарата *Lymphomyosot* повышать биодоступность для других фармпрепаратов позволяет сокращать сроки применения, а, следовательно, минимизировать их побочное действие на организм, а также повысить эффективность лечения в целом. У всех больных отмечалось быстрое купирование вирусных проявлений, отсутствие осложнений. Побочных реакций при использовании препарата *Lymphomyosot* выявлено не было. Препарат может быть использован в лечении больных с заболеваниями органов дыхания.

Материалы и методы: наблюдалось 40 детей в 2-х группах.

Препарат *Lymphomyosot* был назначен 20 детям в возрасте от 6 месяцев до 10 лет с ОРВИ и другими болезнями органов дыхания, а также ЛОР органов. Из них девочек было 12, а мальчиков – 8. Распределение по возрасту было следующим: от 6 мес. до 3 лет – 16 детей (80%) и от 3 до 10 лет – 4 ребенка (20%). По нозологиям дети распределялись: ОРВИ и ринофарингит, отит – 7 детей; аденоидит – 1 реб.; острый простой бронхит – 2 реб.; ОРВИ и о. пиелонефрит – 3 реб.; ОРВИ и дисбиоз кишечника – 5 детей; затяжной субфебрилитет неясной этиологии – 2 реб.

Следует отметить, что у всех детей, независимо от возраста отмечался в гемограмме лимфоцитоз различного уровня при относительно нормальном общем лейкоцитозе и нерезко повышенной СОЭ (до 22-24 мм/ч). Рентгенография ОГК проведенная по показаниям у 11 детей, исключалась патология органов грудной клетки у всех обследованных этим методом диагностики. У детей младшего возраста с дисфункциями кишечника УЗИ органов брюшной полости, выявило увеличение размеров тела или хвоста поджелудочной железы, а в моче у них определялся нерезко повышенный уровень диастазы. Всем детям препарат назначался согласно рекомендациям, указанным в инструкции фирмы - изготовителя в дозе от 3-х до 10 капель 3 раза в день за 15-30 минут до еды на протяжении 7-10 дней. В контрольной группе 20 детей получали традиционное аллопатическое лечение.

Результат исследования: в результате проводимой терапии на фоне применения препарата *Lymphomyosot* у детей основной группы проявления токсикоза: головная боль, отсутствие аппетита, настроения исчезли на второй день. Отмечалось ускорение обратного развития симптомов болезни, таких как боль в ушах, в горле, заложенность носа, кашель, боли в мышцах, животе и сроки выздоровления отмечались на 2-3 дня раньше. Препарат хорошо переносился, каких-либо побочных эффектов у детей выявлено не было.

Выводы:

- исследование показало, что применение с целью профилактики и лечения препарата *Lymphomyosot* в 2-3 раза снижает заболеваемость ОРВИ и гриппом, способствует уменьшению тяжести их течения и уменьшает число осложнений.

- включение антигемотоксического препарата *Lymphomyosot* в схемы лечения заболеваний органов дыхания с сопутствующей патологией, а также ЛОР органов позволяет достичь более стойкой ремиссии и улучшить качество жизни пациентов.

- препарат эффективен при профилактике, и в лечении как самостоятельно (монотерапия), так и в сочетании с традиционной терапией.

ПРИМЕНЕНИЕ НАЗАЛЬНЫХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

ПГУ им. Т.Г.Шевченко, кафедра педиатрии и инфекционных болезней
г. Тирасполь, Приднестровье
med.fac.pediatrics@mail.ru

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) - самые распространенные инфекционные заболевания у детей.

Входными воротами для возбудителей ОРВИ являются слизистые верхних дыхательных путей. Размножаясь в клетках эпителия верхних отделов респираторного тракта, вирусы оказывают цитопатический эффект. В слизистых респираторного тракта развивается воспаление, также увеличивается проницаемость сосудистой стенки и возникает усиленная экссудация.

Ринит – воспаление слизистой оболочки полости носа – считается наиболее часто встречающимся заболеванием у детей. Причинами чаще всего являются вирусы, тропные к респираторному эпителию, которые вызывают острое воспаление слизистой оболочки носа. К этим вирусам относятся: аденовирус, риновирус (более 90 серотипов), коронавирус, миксовирус гриппа, миксовирус парагриппа, энтеровирус, синцитиальный респираторный вирус. Слизистая оболочка полости носа является первым барьером на пути инфекционных агентов, она реагирует на изменения окружающей среды. В реализации ринита важную роль играет переохлаждение организма, в результате которого нарушаются нервно-рефлекторные механизмы, что и это приводит к активации сапрофитирующей флоры в полости носа и развитию вторичного иммунодефицитного состояния и воспаления. При несостоятельности защитного барьера слизистой оболочки вирус проникая в клетку высвобождается, где созревают зрелые вирионы. В дальнейшем присоединяется вторичная инфекция – бактериальная флора. Именно в силу незрелости адаптивных систем дети, особенно раннего возраста, так часто болеют ринитами.

Учитывая анатомические и физиологические особенности носовой полости и прилегающих структур, у детей, особенно раннего возраста, повышается вероятность развития острого воспаления среднего уха, синусита, фарингита, трахеобронхита, пневмонии.

Поэтому возникновение ринита у детей первого года жизни, так и более старших детей требует восстановления нормальной назальной проходимости, для чего используют симптоматическую терапию, направленную на восстановление носового дыхания. С этой целью используют местно сосудосуживающие средства (деконгестанты).

Деконгестанты, вызывают вазоконстрикцию слизистой оболочки полости носа, т.е. обратимый спазм гладкой мускулатуры сосудистой стенки. Рациональное использование деконгестантов при ринитах предотвращает развитие таких осложнений, как синусит, аденоидит, острый средний отит, что объ-

ясняется купированием гиперсекреции, снижением отека слизистой носа и нормализацией дренажа параназальных синусов.

В педиатрической практике используются преимущественно местные деконгестанты. При этом в последние годы при ОРВИ практически не применяются препараты, содержащие адреналин и эфедрин, а предпочтение отдается имидазолинам. К имидазолинам относятся такие препараты, как оксиметазолин (Називин), ксилометазолин, тетризолин, инданазолин и нафазолин. При их использовании активируются α -адренорецепторы сосудов слизистой носа, что приводит к назальной вазоконстрикции. Благодаря этому уменьшаются гиперемия и отек слизистой, снижается уровень назальной секреции, восстанавливается отток слизи из параназальных синусов, что приводит к нормализации в них давления. В зависимости от продолжительности антиконгестивного эффекта выделяют препараты короткого, среднего и длительного действия:

Короткого действия от 4 до 6 часов. Эти препараты требуется вводить в нос каждые 6 часов:

-Нафтизин – капли в нос 0,1%, 0,05% и 0,025% растворы и эмульсии для детей старше 2-х лет. Действующее вещество нафазолин.

-Нафазол – капли в нос 0,1%, 0,05% растворы для детей старше 2-х лет. Действующее вещество нафазолин.

-Санорин – капли в нос 0,1%, 0,05% растворы, эмульсия 0,1%, спрей 0,1% для детей старше 2-х лет. Действующее вещество нафазолин.

-Тизин – капли в нос 0,05% для детей от 2-х до 6 лет. Действующее вещество тетризолин.

-Назол Кидс – спрей назальный 0,25% для детей. Может назначаться осторожно детям с 6 лет. Действующее вещество фенилэфрин.

-Назол бэби – капли назальные 0,125% могут назначаться детям до 1 года. Действующее вещество фенилэфрин. Назол Бэби назначается только врачом.

Среднего действия от 8 до 10 часов. Вводятся 2-3 раза в день в зависимости от выраженности симптомов:

-Ксимелин – капли в нос и спрей для детей, гель назальный. 0,05% для детей от 2-х до 6-х лет, 0,1% для детей – для детей старше 6 лет, гель – с 7 лет. Действующее вещество ксилометазолин.

-Фармазолин – капли, спрей и гель назальный для детей. 0,05% для детей до 6-х лет, 0,1% для детей – для детей старше 6 лет, гель – с 7 лет. Действующее вещество ксилометазолин.

-Галазолин – капли в нос 0,05% детям с 2-х до 6 лет, капли в нос 0,01% 6-ти лет, гель назальный – 0,05% и 0,1% назначают с 6 лет. Действующее вещество ксилометазолин.

Длительного действия более 12 часов. Вводятся 2 раза в день:

-Назол Адванс – спрей назальный для детей с 6 лет. Действующее вещество оксиметазолин, дополнительно камфора, ментол, эвкалипт.

-Риназолин – капли в нос 0,01% раствора можно назначать, начиная со 2-го месяца жизни. У детей старшего возраста и подростков – 0,025% растворы. Действующее вещество оксиметазолин.

-Називин – капли для носа 0,025% для детей от 1 года до 6 лет, 0,05% – дети старше 6 лет, и 0,01% – дети до года, включая период новорожденности. Действующее вещество оксиметазолин.

Широкое распространение получили препараты, поддерживающие естественную влажность слизистой носа – гликоли. К ним относятся все препараты серии Назол.

Примером комбинированного препарата является Виброцил, который представляет собой комплексный двухкомпонентный назальный деконгестант. В состав входят 2 активных вещества: фенилэфрин и диметиндена малеат. Фенилэфрин – симпатомиметик, Диметинден – блокатор гистаминовых H₁-рецепторов. Оказывает противоаллергическое и антиэкссудативное действие. Виброцил близок к естественному рН слизистой оболочки носа и имеет сходную изотоничность; при отмене не вызывает реактивной гиперемии. Препарат начинает действовать через 5 мин. Продолжительность действия – до 6–8 ч. Выпускается в виде капель, геля и спрея. Капли разрешены в любом возрасте, в том числе и у детей с 1-го мес., в форме геля или спрея – с 6 лет.

Важно помнить, что у детей повышена чувствительность к назальным деконгестантам в связи с высокой резорбционной способностью слизистой оболочки носоглотки. Поэтому в настоящее время рассматривается проблема развития острых отравлений назальными каплями у детей!

Целью исследования - явилось изучить эффективность назальных деконгестантов у детей с симптомами острого вирусного респираторного заболевания.

Материалы и методы.

В условиях ГУРЦМИР отделения респираторной патологии было обследовано 35 детей с диагнозом: Острое респираторное заболевание, которые в качестве симптоматического лечения принимали назальные сосудосуживающие капли. Из них 3 поступили с симптомами острого отравления средней степени тяжести препаратами группы деконгестантов в реанимационное отделение. Был проведен анализ причин возникновения острых отравлений деконгестантами у детей. При поступлении проводился общий осмотр, сбор анамнеза, оценка состояния гемодинамики., проводилось лабораторное обследование - клинический и биохимический анализ крови.

Результаты и их обсуждение.

Из 35 обследованных детей у большинства отмечается положительная динамика течения острого ринита, на 2-3 день уменьшались выделения из носа, улучшалось общее состояние. Осложнений в обследуемой группе не наблюдалось. Отмечена была положительная динамика симптоматического лечения при использовании деконгестантов. Следует отметить, что применение данной группы препаратов помимо купирования симптомов заболевания, также позволило снизить риск развития осложнений. Выявлено, что наиболее частыми причинами отравления являются: нарушение кратности приема капель; использование концентраций не по возрасту.

Выводы:

1. При лечении ОРВИ, в качестве симптоматической терапии использование деконгестантов оказало положительный клинический эффект в первые дни лечения.
2. Острые отравления деконгестантами возникали при несоблюдении дозировки и кратности приема, а также при использовании препарата в концентрациях, предназначенных для взрослых.
3. Рациональное использование местных деконгестантов позволяет избежать возникновения возможных осложнений.

*А.А. Гарбузняк, И.А. Орешина, А.Г. Кравцова,
Ю.В. Молкасян, Г.Н. Калинычева*

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ: ВИРУСНЫЕ ГАСТРОЭНТЕРИТЫ У ДЕТЕЙ

ПГУ им. Т. Г. Шевченко, кафедра педиатрии и инфекционных болезней
ГУ «Республиканская клиническая больница»
г. Тирасполь, Приднестровье

На сегодняшний день остается актуальной проблема эксикоза у детей в ПМР. У них ОКИ вирусной этиологии часто сопровождаются таким осложнением, как эксикоз, который требует неотложной терапии. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) составляет 849,4 случая на 100 тыс. населения в 2014 году, из них на ротавирусную инфекцию приходится 12,08 случая (в 2013 г. – 0,2 случая) на 100 тыс. населения, а на энтеровирусную инфекцию – 46,12 случаев (в 2013г. – 42,58 случая) на 100 тыс. населения.

Цель: Анализ клинико-эпидемиологических особенностей заболеваемости ОКИ вирусной этиологии. Особенности эксикоза, как неотложного состояния у детей при острых кишечных инфекциях, в частности вирусной этиологии.

Методы и материалы: статистические данные ГУ РЦГиЭ; клиническое наблюдение за пациентами в инфекционных отделениях ГУ РКБ.

Результаты и обсуждения:

Проводя анализ повозрастной структуры заболеваемости ОКИ, в 2014 г. выявлено, что из общего объема ОКИ доля заболевших детей составила 70,7%. При этом дети в более половины случаев имеют осложнения связанные с нарушениями водно-электролитного баланса в организме. Ретроспективный анализ заболеваемости ОКИ с 2011 по 2014 годы показал, что энтеровирусной и ротавирусной инфекцией болеет преимущественно детское население. Соответственно средний показатель удельного веса энтеровирусной инфекции составил – 94,45%, а ротавирусной инфекции свыше 98%. Из общего числа острых кишечных инфекций у детей за 9 мес. 2015 года удельный вес энтеровирусной инфекции составляет 5,6%, ротавирусной инфекции -1,5%, однако они чаще осложняются эксикозом, чем бактериальные ОКИ, что опре-

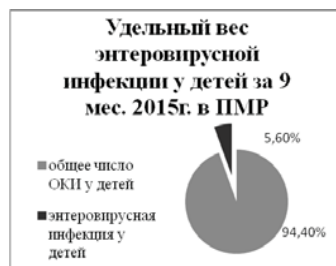


Рис. 1.



Рис. 2.

деляет важность изучения и клинического наблюдения за данными пациентами (Рис.1 и 2).

Экзикозом называют потерю жидкости из организма, возникающую при различных инфекционных заболеваниях из-за постоянной рвоты и жидкого стула. Опасна для человека потеря даже 5% жидкости от массы тела, особенно у детей, поэтому важно знать признаки и способы лечения экзикоза.

Кишечный экзикоз - нарушение водно-минерального обмена на клеточном и межклеточном уровне. Очень часто у маленьких детей кишечные заболевания сопровождаются токсикозом с экзикозом - это синдромокомплекс, характеризующийся обезвоживанием, поражением ЦНС, нарушением гемодинамики. Быстрому развитию обезвоживания у детей до 3 лет способствуют особенности водно-солевого обмена растущего организма. У младенцев по сравнению со взрослыми более высокий процент воды в организме, однако при этом объем воды значительно меньше, поэтому потери и более ощутимы. Например, у взрослого для появления признаков заболевания частота рвоты должна быть не меньше 10-20 раз, а у ребенка всего 3-5 раз.

Основными признаками экзикоза считают снижение массы тела, сухость слизистых оболочек, тахикардия, жажда, ослабевают рефлексы, путается сознание, снижается тургор тканей, западают глаза, конечности охлаждаются, олигурия, у маленьких детей западает родничок. При большой потере жидкости (более 10%) может развиваться кома, падает артериальное давление, олигурия переходит в анурию (гиповолемический шок).

Неотложная помощь у детей до года при экзикозе I степени - необходимый объем жидкости около 13-170мл/кг массы тела, компенсируется в виде водно-чайной диеты. При II степени -170-200 мл/кг массы тела, половина жидкости дается внутрь (чай с лимоном, регидрон, оролит), половина - внутривенным введением (5% р-р глюкозы, р-р Рингера и др.). При III степени объем восполняемой жидкости составляет 200-220 мл/кг массы тела - только внутривенным введением 5% р-р глюкозы, «Трисоль», «Ацесоль» и др.

Выводы: 1. За последние 5 лет значимость острых кишечных инфекций вирусной этиологии в ПМР в структуре детской заболеваемости возросла. 2. С целью профилактики необходимо продолжить вакцинацию детей в республике от ротавирусной и энтеровирусной инфекции, что будет способствовать снижению случаев экзикоза, который без своевременного лечения приводит к летальному исходу.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В

ГУ «Центр по контролю за обращением медико-фармацевтической продукции» г. Тирасполь, Приднестровье

Гиповитаминозы актуальны и сегодня, поэтому важно знать взаимодействие витаминов группы В и фармакокинетику комбинированных витаминных препаратов.

Цель исследования:

- Описать существование проблемы в применении витаминов группы В при лечении пациентов.
- Оценка возможных стабильных и нестабильных лекарственных форм, сочетающих витамины и микроэлементы.
- Особенности фармацевтической технологии в производстве витаминов и микроэлементов.

Методы и материалы: Анализ 70 зарегистрированных в ПМР витаминных препаратов, в состав которых входят один и более витаминов группы В, согласно данным ГУ «ЦКОМФП». Литературный обзор.

Результаты и обсуждение:

Выполнять свои функции витамины группы В могут лишь при правильном сочетании между собой с учетом физиологического состояния организма на данный момент времени, а также внутренних факторов организма. Понимание механизмов этих взаимодействий позволяет практическому врачу в условиях большого количества присутствующих на современном фармацевтическом рынке препаратов наиболее рационально выбрать витаминно-минеральный комплекс для профилактики или лечения определенного патологического состояния (см. Табл. 1).

Таблица №1. Взаимодействие витаминов группы В.

Микронутриент	Взаимодействующий микронутриент	Характер взаимодействия
Витамин В1	Витамин В6	Витамин В6 замедляет переход Витамин В1 в биологически активную форму
Витамин В1	Витамин В12	Витамин В12 усиливает аллергические реакции на Витамин В1
Витамин В6	Витамин В12	Ион кобальта в молекуле Витамин В12, способствует разрушению Витамин В6
Витамин В9	Цинк	Цинк нарушает всасывание Витамин В9 за счет образования нерастворимых комплексов
Витамин В9	Витамин С	Витамин С способствует сохранению витамина В9 в тканях
Витамин В12	Витамин В1, С, железо, медь	Под их действием витамин В12 превращается в бесполезный аналог

Накопленные данные по взаимодействию витаминов привели к созданию качественно новых витаминно-минеральных комплексов, в которых суточная доза принимаемых витаминов и элементов разделена на несколько таблеток, в каждой из которых состав укомплектован на основе сведений о положительном и отрицательном взаимодействии между компонентами в процессе их производства, хранения, усвоения в организме.

Оценка соответствия требованиям об обороте лекарственных средств в республике и законодательству о фармацевтической деятельности всех витаминных препаратов провела ГУ «Центр по контролю за обращением медико-фармацевтической продукции». Фармацевтические компании – Заявители, предоставили все пакеты документов на лекарственные препараты, которые имеют в наличии аптечные склады.

Анализ показал, что витаминные препараты, поступающие на фармацевтический рынок ПМР, соответствуют стандартам качества, требованиям технологического производства (согласно документам), а также требованиям сертификации нашей республики. Дальнейшие результаты их фармакологических эффектов зависят от выбора врачом той или иной схемы профилактики или лечения гиповитаминозов.

Выводы:

1. Назначать витаминотерапию необходимо учитывая фармацевтическое взаимодействие между собой витаминов группы В.

2. Действие витаминов будет более выражено в жидких лекарственных формах, чем в твердых. С точки зрения стабильности создание водных растворов витаминов более сложное, чем твердых лекарственных форм. Этим объясняется предпочтение, отдаваемое таблеткам, капсулам и т.п.

3. Наиболее часто в состав витаминно - минеральных комплексов включают макроэлементы (кальций, магний, фосфор) и микроэлементы (железо, медь, йод, селен, цинк, хром, марганец), взаимоотношение между этими элементами складываются не просто: часть из них конкурирует с другими на путях всасывания, некоторые находятся в антагонистических отношениях на уровне рецепторов, поэтому необходимо учитывать, что элемент, поступивший в организм в большей концентрации будет мешать абсорбироваться элементу, который в меньшей концентрации.

Л.Н. Зинченко, М.А. Гавриленко, В.А. Кожемяченко

КОМПЛЕКС НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедры педиатрии и инфекционных болезней
Педиатрический стационар ГУ РЦМиР
г. Тирасполь, Приднестровье

В статье отмечается важность болезней со стенозом гортани для детей раннего возраста в диагностике и оказании неотложной помощи. Отмечены этиологические факторы, критерии диагностики и комплекс необходимой неотложной терапии на догоспитальном этапе.

Острый обструктивный ларингит – стеноз гортани, при котором отек и воспалительный процесс локализуется преимущественно на слизистой оболочке подсвязочной (подскладочной) зоны гортани, клинически проявляется нарушением дыхания и развитием острой дыхательной недостаточности (МКБ – X – J05). Это, прежде всего неотложное состояние, требующее экстренной диагностики и терапии ещё на догоспитальном этапе.

В **этиологии** ведущая роль принадлежит инфекционному фактору (80%): вирусам – гриппа, парагриппа 1 типа, адено – и респираторно – синцитиальным, а также вирусно – вирусным ассоциациям, и бактериальная флора, которая активизируется при ОРВИ или присоединяется при внешнем инфицировании (эпид. контакт). Неинфекционные причины (20%) острого обструктивного ларингита – аллергические реакции, аспирация инородных тел, травмы гортани, ларингоспазм при спазмофилии.

Данная патология наиболее часто возникает у детей раннего и дошкольного возраста от 6 мес. до 3-х лет, что связано с анатомо-физиологическими особенностями дыхательных путей у маленьких детей, что и является предрасполагающим фактором: - узость просвета трахеи и бронхов; - воронкообразная форма гортани;- мягкость и податливость хрящевого скелета; - короткие голосовые связки;- незрелость и особенности иннервации гортани;- гидрофильность и рыхлость волокнистой соединительной ткани. Такие особенности способствуют развитию отёка, который усиливается на фоне аномалии конституции (диатезы); врождённого стридора; родовой травмы; роды путём кесарева сечения; дистрофии.

Основные механизмы развития обструкции определяют три фактора:- воспалительный или аллергический отёк,- рефлекторный спазм мышц гортани;- гиперсекреция слизи и скопление её в области голосовой щели, а также возможно образование фибриновых и некротических корок, или механическая закупорка инородным телом. Феномен сужения просвета верхних дыхательных путей при стенозе формируется последовательно, по стадиям, и степеням стеноза, что связано непосредственно с реакцией тканей гортани на инфекционный агент, а также запускается аллергическая реакция. При оценке клинической картины необходимо учитывать степень стеноза гортани и состояние компенсации функции дыхания, поскольку это принципиально при выборе тактики лечения. В практической работе для проведения адекватной терапии и оказания эффективной помощи ребёнку важно быстро их дифференцировать.

Начало заболевания острое, часто внезапное, преимущественно ночью или вечером, в связи с изменениями условий лимфо- и кровообращения гортани, уменьшением активности дренажных механизмов дыхательных путей, частоты и глубины дыхательных движений. Ребёнок просыпается от приступа грубого кашля, стридорозного дыхания, становится беспокойным, голос сиплым. Изменение тембра и осиплость голоса соотносятся со степенью отёка слизистой гортани. Осиплость нарастает по мере прогрессирования отёка вплоть до развития афонии – неспособности к фонации, когда возможна только артикуляция или шепотная речь. Мокрота в просвете гортани препятствует работе голосовых

связок и обуславливает охриплость голоса, тогда как спазм мышц влияет на изменение его тембра (от незначительной осиплости до афонии в течение нескольких секунд).

Кашель грубый, «лающий», иногда «каркающий», короткий, отрывистый. Специфическая звуковая окраска кашля, его высота является отражением выраженности явления спазма мышц гортани: чем выше кашель, тем больше преобладает спазм мышц. Громкость его обусловлена степенью отёка слизистой оболочки: чем больше отёк, тем тише кашель.

Стенотическое дыхание является ведущим симптомом, обусловленным затруднённым прохождением вдыхаемого воздуха через суженный просвет гортани. Вдох удлинён и затруднён, выпадает пауза между вдохом и выдохом, дыхание приобретает шумный, «пилящий» характер. Умеренно выраженные явления стеноза гортани сопровождаются инспираторным типом одышки. Переход инспираторной одышки в смешанную говорит о нарастании степени тяжести стеноза. Рост сопротивления дыханию, обусловленный стенозом просвета верхних путей, приводит к активизации работы дыхательной мускулатуры и втяжению уступчивых мест грудной клетки.

Стеноз 1-й степени (компенсированный). Клинически характеризуется всеми признаками стеноза. При беспокойстве, физической нагрузке отмечается нарастание стенотического дыхания, появляется инспираторная одышка. Клинические признаки гипоксемии отсутствуют. Компенсаторными усилиями организма газовый состав крови поддерживается на достаточном уровне (pO_2 85 – 95 мм рт. ст.; pCO_2 35 – 40 мм рт.ст.). Продолжительность стеноза гортани от нескольких часов до 1 – 2 суток.

Стеноз 2-й степени (субкомпенсированный). Усиление всех клинических симптомов. Характерное стенотическое дыхание слышно на расстоянии, и отмечается в покое. Одышка инспираторного характера постоянная. Компенсация стеноза происходит за счёт увеличения работы дыхательной мускулатуры в 5 – 10 раз. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки в покое, усиливающееся при напряжении. Дети обычно возбуждены, беспокойны, сон нарушен. Кожные покровы бледные, появляется периоральный цианоз, усиливающийся во время приступа кашля, тахикардия. Показатели газового состава крови: pO_2 в пределах верхней границы нормы. Явления стеноза гортани 2 – й степени могут сохраняться до 3 дней, и носить постоянными или приступообразный характер.

Стеноз 3-й степени (декомпенсированный). Характеризуется признаками декомпенсации дыхания и недостаточности кровообращения, резким усилением работы дыхательной мускулатуры, которое не предупреждает развития O_2 недостаточности. Нарушается внешнее и тканевое дыхание, снижается уровень окислительных процессов в тканях, появляется смешанный ацидоз. Общее состояние тяжёлое, выраженное беспокойство, сопровождающееся чувством страха, и сменяется заторможенностью, сонливостью. Голос резко осиплый, но полной афонии ещё нет. Кашель, вначале грубый, громкий, по мере нарастания сужения просвета гортани, становится тихим, поверхностным. Одышка постоянная, сме-

шанного характера. Дыхание шумное, частое, с резким втяжением уступчивых мест грудной клетки. При этом следует обратить внимание на выраженность западения нижнего конца грудины, которое может появиться уже при 2-й степени и резко усиливается при 3 – й степени стеноза гортани. По мере нарастания стеноза дыхание становится аритмичным, парадоксальным. Шумное, глубокое дыхание сменяется тихим, поверхностным. Выражены клинические признаки гипоксемии. Аускультативно над лёгкими выслушиваются вначале грубые хрипы проводного характера, затем равномерное ослабление дыхания. Тоны сердца приглушены, тахикардия, пульс парадоксальный (выпадение пульсовой волны на вдохе). Может регистрироваться артериальная гипертензия. В крови выражены гипоксемия и гиперкапния, комбинированный ацидоз.

Стеноз 4-й степени (асфиксия). Состояние крайне тяжёлое, развивается глубокая кома, могут быть судороги, температура тела падает до нормальных или субнормальных цифр. Дыхание частое, поверхностное или аритмичное с периодическими апноэ. Тоны сердца глухие, возникает брадикардия, а затем асистолия. Гипоксемия и гиперкапния достигают крайних значений, развивается глубокий комбинированный ацидоз. Кроме обструктивной дыхательной недостаточности тяжесть состояния определяется выраженностью токсикоза, и присоединением осложнений.

Диагноз основывается на наличии характерной триады симптомов: изменение голоса, лающий кашель, грубое дыхание. Учитываются данные анамнеза, клинических и лабораторных методов исследования. В необходимых случаях проводится вирусологическая диагностика. Обязательным является бактериологическое исследование, слизь из ротоглотки и носа для исключения дифтерии. Дифференциальная диагностика вирусного стеноза проводится с рядом заболеваний, которые сопровождаются клиникой обструкции верхних дыхательных путей. Дифтерийный (истинный) круп встречается преимущественно у не привитых детей. Для него свойственны стадийность течения и постепенное развитие. Начальная стадия дисфоническая, (катаральная или стадия крупозного кашля) характеризуется появлением на фоне умеренно выраженных явлений интоксикации клинических признаков ларингита – осиплости голоса, кашля, который впоследствии становится «лающим». При прямой ларингоскопии в этой стадии фибринозные пленки отсутствуют, отмечается отёк и гиперемия слизистой оболочки. Стенотическая стадия при дифтерийном крупе характеризуется постепенным нарастанием степени тяжести стеноза гортани и клинических проявлений дыхательной недостаточности. На фоне прогрессирования интоксикации голос становится резко осипшим, убывает громкость кашля (вплоть до беззвучного). До наступления полной афонии (беззвучный крик, плач, кашель) характерной особенностью дифтерийного крупа является отсутствие усиления голоса при плаче и крике. В этой стадии при проведении прямой ларингоскопии на фоне гиперемии и отёка слизистой гортани видны характерные фибринозные налёты.

Как осложнение скарлатины отёк развивается при распространении процесса из области миндалин на гортань. На фоне ветряной оспы, при появлении

пузырьков на слизистой оболочке гортани в области складок в ряде случаев наблюдается картина ларингита, иногда с приступами стеноза. Нарушение дыхания может быть при заглоточном абсцессе, для которого характерно острое начало с высокой температурой. При этом голос не изменяется, грубый кашель отсутствует, речь невнятная, гнусавая. Дыхание не стенотическое, а храпящее, рот открыт, глотание затруднено, болезненное. Дети отказываются от еды, у грудных – отмечается слюнотечение. Характерно вынужденное положение, голова запрокинута назад и в большую сторону. Возможен тризм жевательной мускулатуры. При фарингоскопии выявляются отёк и выпячивание задней стенки глотки (абсцесс). Эпиглоттит – острое воспаление надсвязочных структур (надгортанника, черпаловидных хрящей, языка) преимущественно гемофильной этиологии, которое сопровождается выраженными симптомами обструкции верхних дыхательных путей. Быстрое, в течение нескольких часов, прогрессирование симптомов стенозирования дыхательных путей на фоне выраженной дисфагии, ребёнку трудно глотать даже слюну, бурно нарастающей интоксикации с гипертермией, тахикардией, беспокойством или спутанностью сознания. Изменение голоса отсутствует, но, как правило, тихий. Кашель не характерен. Для эпиглоттита свойственно вынужденное положение – так называемая поза «принюхивания». При осмотре задней стенки глотки можно увидеть темно-вишнёвую инфильтрацию корня языка, а иногда и воспалённый надгортанник. Аспирация инородного тела (в гортань, трахею) также может приводить к развитию стридорозного дыхания и приступообразного кашля. При этом симптомы развиваются внезапно, на фоне полного здоровья, в светлое время дня, во время игры или еды. При проведении дифференциальной диагностики между ларингитом и ларингоспазмом нужно учитывать, что для последнего характерно повторение приступов несколько раз в день, особенно весной, у детей в возрасте от 6 до 24 месяцев с признаками рахита и другими проявлениями повышенной нервно-мышечной возбудимости. Голос не изменен, кашель отсутствует, отмечается затруднение вдоха и «петушиный» звук на выдохе, это ларингоспазм при спазмофилии.

Лечение должно быть направлено на восстановление проходимости гортани, уменьшение или ликвидация спазма и отёка, освобождение просвета от патологического секрета.

- Больные подлежат госпитализации в специализированный или инфекционный стационар при наличии в нём отделения реанимации и интенсивной терапии, однако лечение следует начинать уже на догоспитальном этапе.

- Ребёнка необходимо успокоить, взять на руки, так как форсированное дыхание при беспокойстве и крике усиливает явления стеноза. При необходимости провести медикаментозную седацию диазипамом.

- Температура в помещении не должна превышать 18°C, по возможности создать в помещении, где находится ребёнок, атмосферы повышенной влажности (эффект «тропической атмосферы»), или паровые ингаляции изотоническим раствором (NaCl) через небулайзер. Показано теплое питьё, молоко или боржоми.

- Разжижению и удалению мокроты из дыхательных путей способствуют отхаркивающие и муколитические препараты, вводимые преимущественно ингаляционным способом, лазолван.

- Учитывая значительное участие в развитии стеноза аллергического компонента, целесообразно в комплекс терапевтических мероприятий включить антигистаминные препараты, супрастин.

- Глюкокортикоиды, преднизолон в дозе 3 – 10 мг/кг - для купирования отёка слизистой гортани, при II, III, IV степенях. При I степени стеноза можно ингалировать ДАИ будесонида, пульмикорд.

- Этиотропная терапия необходима при бактериальном инфицировании - антибиотики широкого спектра действия. При дифтерии – специфическое противодифтерийное лечение.

- При возможном инородном теле в гортани – необходимо провести мероприятия по методу Хемлика или «Буратино».

- Интубация показано при неэффективности консервативной терапии, или при реанимационных мероприятиях (асфиксии, клинической смерти).

Г.П. Крачун

СОЦИАЛЬНО - ЦЕЛЕВОЙ БАЗИС ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ ЗЕМСКОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ РОССИИ

НОУ ВППО «Тираспольский межрегиональный университет»,
медицинский факультет, кафедра общепрофессиональных дисциплин
г. Тирасполь, Приднестровье, gkrachun@gmail.com

Истина есть дочь времени,
а не авторитета
Ф. Бэкон (1561 – 1626)

Вторая половина 18 – начало 20 века характеризуется достижениями естествознания и техники, развитием клинико – анатомического и клинико – экспериментального направлений, принципиально новыми методами и технологиями объективного исследования больного, что в целом создавало реальные предпосылки становления научной медицины, ее перспективного развития в будущем [2, 8, 9].

Медицина в указанное время явилась областью науки и практической деятельности, всецело направленные на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней. В целом 18 век в России явился временем борьбы за независимое и самобытное развитие отечественной медицины: за становление российского высшего профессионального медицинского образования, за обучение в вузах на родном русском языке (вместо преподавания на латинском языке), за обеспечение отечественными российскими кадрами учебных,

научных и административных учреждений страны (вместо имевшего место за-
силья иностранных специалистов)[2,4,8,9].

Усилиями Екатерины II (1729–1796), в период ее нахождения во власти
(1762 – 1796), значительно окрепло русское абсолютистское государство,
основу которого составили новые институты власти, наделенные широким
кругом функций. Так, в 1763 году был создан новый орган управления меди-
цинским делом в стране – Медицинская коллегия, которая выполняла свои
функции вплоть до 1803 года. Коллегия была наделена полномочиями: ор-
ганизация и совершенствование медицинской помощи народу страны; кон-
троль деятельности аптек; подготовка кадров лекарей и докторов для армии,
флота, обеспечение ими врачебных управ, карантинных (на границах импе-
рии), больниц; комиссиянная проверка знаний иноземных и русских врачей
и ряд других [7, 8, 9].

По реформе 1775 года во всех губерниях страны были сформированы во
главе с губернатором «Приказы общественного призрения», в которые на правах
членства вошли выборные представители от всех существующих сословий (дво-
рянство, купечество, чиновничество, крестьянство) [1-5].

Реформа явилась давно назревающим этапом на сложных и противоре-
чивых путях формирования государственной системы социальной защиты
населения в России; при этом благодаря наделенным функциям, в стране
появились единственные в своем роде, уникальные органы государствен-
ной поддержки населения, и особенно социально – незащищённых слоёв
общества.

Универсализм приказов обеспечивается на деле тем, что они были на-
делены функциями государственных и общественных учреждений – в их
единстве и целевой направленности реализуемых ими действий. К примеру,
приказы обязаны были устраивать и содержать воспитательные и сиротские
дома, школы, больницы и богадельни, дома для психически и неизлечимо
больных и др. [6,10].

Деятельность приказов обеспечивалась фиксированными выплатами из
Государственной казны, дополнительными выплатами из городских бюджетов,
благотворительными пожертвованиями промышленников, купцов и меценатов,
а также разрешенными статьями кредитных операций через и с помощью бан-
ковской системы [1,7,10].

К концу 18 столетия было сформировано 40 приказов, располагавших 333
учреждениями; среди них – 30 больниц, каждая из которых насчитывала 60 – 300
коек. Уже к 1850 году в стране насчитывалось 57 приказов, соответственно уве-
личилось число больничных и родственных им учреждений [2].

Указом Императора Александра II от 1 января 1864 года было введено в
действие «Положение о губернских и уездных земских учреждениях». Земства
учреждались как сословные органы местного самоуправления в уездах и гу-
берниях; все классы местного общества призывались совокупно содействовать
правительству в ведении местных хозяйственных дел, и эта задача возлагалась
на земские учреждения [7, 8].

Органами земского самоуправления в уездах были «Уездные земские собра-
ния», состоявшие из «земских гласных», которые избирались на 3 года тремя ку-
риями избирателей: местными землевладельцами, крестьянскими обществами
и городскими избирателями (владельцами недвижимостью и промышленными
предприятиями).

«Уездное земское собрание» возглавлялось уездным предводителем дво-
рянства, которое избирало из своей среды «Уездную земскую управу», а также
«Губернских земских гласных».

Сферы компетенции земских учреждений были весьма многообразны.
Например, назначение финансовых сборов на местные нужды, заведование зем-
скими имуществами и капиталами, устройство и поддержание местных путей
сообщения; попечение о развитии местной торговли и промышленности; по-
печение о построении школ, церквей; попечение о народном здравоохранении;
попечение о народном образовании [3, 4, 5, 6].

В момент возникновения земских учреждений, на первое место в них вы-
двигались заботы о народном образовании и организации медицинской помощи
населению. Сам же земской врач стал типичным образцом неутомимого, самоот-
верженного и в высшей степени гуманного служения народу. Благодаря земской
медицине население страны стало получать медицинскую помощь на основе до-
стижений науки и практики труженников системы здравоохранения [11].

Земская медицина развивалась чрезвычайно успешно, и в течении 6-ти лет
(1864 – 1870) она охватила 359 уездов (из 375 существовавших тогда в стране);
включала в себя 335 больниц и 53 богадельных заведения, в которых было 15 157
кроватей. Прогрессивно росло число медицинских работников земской медици-
ны: в 1864 – 1890 годы число врачей выросло с 350 до 1806; в этот же период число
фельдшеров, акушеров и их помощников выросло с 2000 до 6778 человек. На одно-
го врача приходилось от 3 до 4 средних медицинских работников [2,3,4,10].

В 1897 году земская медицина включала в себя 1931 медицинских участок,
в которых было 1286 больниц с 30 203 кроватями, а также 424 врачебных ам-
булаторий и 2412 фельдшерских и акушерских пунктов, в которых трудились
2492 врача и 8046 вспомогательных медицинских работников. Таким образом,
земская медицина облегчила условия в направлении улучшения всего здравоох-
ранения в стране [1, 2, 3, 6, 10].

Земская медицина явилась исключительно русским, российским дости-
жением. Согласно заключению бывшего земского врача, профессора М.Я.
Капустина, представленного в его труде «Основные вопросы земской медици-
ны» (1889) [6], «Западная Европа выработала медицинскую помощь в болезнях
преимущественно в виде личного дела больного и служащего ему врача на пра-
вах ремесла и торговли. Русская земская медицина явилась чисто общественным
делом. Помощь врача в земстве не есть личная услуга за счёт больного, не есть
также и акт благотворения; она есть общественная служба. Конкуренция врачей
в городах на счёт болеющего населения есть факт общеевропейский; отсутствие
конкуренции между сельскими земскими врачами есть принадлежность обще-
ственной службы. Как высший, так и узкий интерес земского врача заключается

в сокращении числа больных и продолжительности болезней. Задачи лечащей медицины и гигиены идут рука об руку в неразрывной связи».

Давая оценку «Эпохе великих реформ» в период царствования Императора Александра II (1855 – 1881), которая сопровождалась отменой крепостного права (Манифест от 19 февраля 1861 года) и введением земства (Указ от 1 января 1864 года), авторы в своей книге «Императорский Клинический институт Великой княгини Елены Павловны» [2] указывают: «Эпоха великих реформ» не ограничивалась отменой крепостного права и введением земства. Она влила в интеллигенцию значительный приток энергии. Теперь ее стараниями, т.е. стараниями земских врачей, учителей – подвижников, работающих в земствах, судах и местном самоуправлении, беднота могла выйти из невежества. Перед ней открывался доступ к образованию, здравоохранению. Революционные, либеральные, культурнические идеи получают новый импульс, расчищается почва для их развития, формируется важнейшее политическое течение капиталистической России – земско – либеральное. Внутреннее единство и либеральная направленность всего комплекса преобразований позволили России сделать важный шаг по направлению к правовому государству, буржуазной монархии, гражданскому обществу. Они способствовали развитию в стране капиталистических отношений, подняли престиж России» (с. 20).

На начальных этапах своего становления и развития земская медицина была функционально представлена организационно – социальной формой, призванной к медицинскому обеспечению здоровья доминантно сельского населения (на базисах общедоступности и бесплатности оказываемой медицинской помощи). Земская медицина изначально развивалась из введенного в 1864 году земского хозяйственного самоуправления, т.е. явилась вехой становления и развития механизмов и процессов хозяйственного самоуправления. Так, до 1870 года ведущей в деле оказания медицинской помощи являлась – сугубо «Разъездная форма», согласно которой врач на протяжении 4-5 дней объезжал населенные пункты сельской местности, оказывая в местах расположения сел и деревень медицинскую помощь, а также в течение 2-3 дней осуществлял приём больных в своём доме.

В период 1870 – 1880 годов показал свою высокую результативность «стационарный принцип», согласно которому территория уездов подразделялась на врачебные участки. На территории последнего открывалась больница с амбулаторией, 1-2 фельдшерских пункта и аптека. В указанной земской сельской участковой больнице трудился земский врач и его деятельность была направлена на восстановление здоровья у широкого контингента: детей, мужчин, женщин, которые страдали как хронической, так и острой неотложной патологией. В городах уездные и губернские больницы были отнесены к земским. Следовательно, эти больницы находились под руководством правил и механизмов земской системы хозяйственного самоуправления. К началу 1890 годов, как свидетельствуют данные отчётов, успешно осуществляли свою деятельность 32 губернии, 325 уездных и 711 сельских земских больниц, в которых суммарно насчитывалось около 27 000 кроватей [9].

По мере накопления опыта в деятельности земской медицины появились новые направления. Так, успешное сочетание лечебной и санитарно – профилактической работы привело к формированию санитарного направления, основанного на: внедрения методов санитарной статистики; организации санитарных советов; введения института губернских и уездных санитарных врачей (выполнение санитарного надзора, проведение противоэпидемических и других санитарно – профилактических и оздоровительных мероприятий; анализ состояния видов медицинской помощи и разработка мер по её улучшению).

Опыт земской медицины, включая и её оригинальные по форме и эффективные по результативности нововведения, были использованы при построении государственной системы здравоохранения в стране – например, участковый принцип медицинского обслуживания населения. В этой связи следует привести факты использования достижений земской медицины Российской Империи на мировом уровне. Так, в 1934 году Гигиеническая комиссия Лиги Наций рекомендовала к широкому использованию создание врачебных участков как ведущей (основной) организационной формы медицинского обслуживания проживающего в сельской местности населения.

Литература

1. Абрамов В.Ф. Российское земство: экономика, финансы и культура. – М.: Наука, 1996. – 165 с.
2. Беляков Н.А., Михайлович В.А., Хмельницкий О.К., Щербо А.П. Императорский клинический институт Великой княгини Елены Павловны. Российская школа усовершенствования врачей (1885 – 1917 годы). – СПб.: МАПО, 1999. – 384с.
3. Герасименко Г.А. История земского самоуправления. – Саратов: Поволжская академия госуд. службы им П.А. Столыпина, 2003. – 244с.
4. Егорышева И.В. Проблема медицинской помощи в дореволюционной России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – №1. – с. 55 – 58.
5. Заблудовский П.Е. К 100 – летию введения земских медицинских учреждений в России (1864 – 1964). Здравоохранение РФ. – 1964. – №8. – с. 3-8.
6. Капустин М.Я. Основные вопросы земской медицины. – СПб.: Издание К.Л. Риккера, 1889. – 159 с.
7. Кузьмин В.Ю. Власть, общество и земская медицина (1864 – 1917 гг.). – Самара: Изд-во «Самарский университет», 2003.-392 с.
8. Левит М.М. Становление общественной медицины в России. – М.: Медицина, 1974. – 295 с.
9. Мирский М.Б. Медицина России X – XX веков: Очерки истории. – М.: РОССПЭН, 2005. – 632 с.
10. Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. – М.: Товарищество печати С.П. Яковлева, 1899. – 209 с.
11. Пирумова Н.М. Земская интеллигенция и её роль в общественной борьбе до начала XX века. – М.: Наука, 1986. – 272 с.

Н.Г. Лосева¹, С.В. Панкрушев¹, О.А. Долгушева²

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В г. ТИРАСПОЛЬ ЗА 2010-2014 ГГ.

Приднестровский Государственный Университет им. Т.Г.Шевченко,
кафедра «Терапии с циклом фтизиатрии» г. Тирасполь¹
ГУ Республиканская туберкулезная больница г. Бендеры.²
г. Тирасполь, Приднестровье

Цель: Изучить и сравнить причины и динамику показателя смертности от туберкулеза в г. Тирасполь за период 2010-2014 г.

Материалы и методы: Исследование выполнено на базе противотуберкулезного диспансера ГУ «РКБ».

Методом сплошного наблюдения была изучена документация 211-и пациентов умерших в г. Тирасполе за период 2010 – 2014 г. Проведен анализ смертности больных активными формами туберкулеза, разбор причин смертности как непосредственно от туберкулеза и его осложнений, так и от прогрессирования сопутствующего тяжелого заболевания. Анализ проведен с использованием социально-гигиенического статистического и эпидемиологического методов.

Результаты: В период с 2010 г. по 2014 г. количество пациентов умерших от туберкулеза в городе варьировало от 37 человек в 2012 г. до 18 человек в 2013 г. Средний показатель смертности за период составляет $19,1 \pm 6,5$ на 100 тыс. населения. Всего умерших по причине заболевания туберкулеза за исследуемый период 145 человек, т.е. 68,7% от всех случаев летальных исходов больных с активной формой туберкулеза. Показатель смертности от туберкулеза в 2010 г. составил 17,7 на 100 тыс. населения (26 чел.), в 2011 – 23,4 на 100 тыс. населения (34 чел.), в 2012 – 25,6 на 100 тыс. населения (37 чел.), в 2013 – 12,6 на 100 тыс. населения (18 чел.), в 2014 – 21,2 на 100 тыс. населения (30 чел.).

В сравнении с Республиканским показателем смертности по годам за исследуемый период, данные существенно не отличаются от индикаторного показателя. Так в 2010 г. показатель смертности от туберкулеза по ПМР составлял 25,3 на 100 тыс. населения (133 чел.), в 2011г. - 28,1 на 100 тыс. населения (146 чел.), в 2012 г. - 21,1 на 100 тыс. населения (113 чел.), в 2013г. – 19,75 на 100 тыс. населения (101 чел.), в 2014г. - 26,22 на 100 тыс. населения (133 чел.). Средний показатель смертности по Республике – $23,9 \pm 4,2$ на 100 тыс. населения.

Удельный вес мужчин среди умерших от туберкулеза за исследуемый период составил 69,9% (101 человек), женщин – 30,4% (44 человек). Среди всех случаев преобладают лица трудоспособного возраста. Умершие в возрасте 25-34 года составили 24,8% (36 человек), 35-44 года – 30,4% (44 человека), в возрасте 45-54 – 24,8% (36 человек). Также следует отметить значительный удельный вес умерших в возрастной группе 55-64 года – 13,8% (20 человек). Таким образом, максимальное число лиц, погибших от туберкулеза в период 2010 – 2014 г., приходится на наиболее молодой трудоспособный возраст 25-54 года – 80,7% (117 человек).

За исследуемый период в структуре смертности доля лиц умерших от инфильтративного туберкулеза преобладает и составляет 35,8% от всех случаев, диссеминированного 31,0%, фиброзно-кавернозного туберкулеза 30,4%. Отмечены случаи летальности от генерализованного туберкулеза – 2% из числа умерших, с наличием сопутствующей ВИЧ-инфекции.

В последние годы среди умерших от туберкулеза растет количество случаев больных с сопутствующей патологией и прежде всего ВИЧ-инфекцией. В период 2010-2014 годы среди умерших от туберкулеза зарегистрирована сопутствующая патология у 74 человека – 51%, удельный вес пациентов с ВИЧ-инфекцией составил – 58,1% от всей сопутствующей патологии. Следует отметить, что в структуре умерших от туберкулеза по-прежнему много лиц социально-дезадаптированных, злоупотребляющих алкоголем. За исследуемый период умерших от осложнений туберкулеза, таких как легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, хроническая почечная недостаточность, легочно-сердечная недостаточность - 33 пациента из 145, что составляет 22,7%.

Из года в год наблюдаются посмертное выявление туберкулеза при патологоанатомическом вскрытии судмедэкспертами. В период 2010-2014 г. таких случаев зарегистрировано по городу 12, т.е. 8,3% от всех летальных случаев туберкулеза. В подавляющем большинстве это лица с низким социальным статусом, в том числе БОМЖи, не обращавшиеся за медицинской помощью.

Важно отметить, что в структуре летальности высок удельный вес бактериовыделителей – 82,06% (119 человек), пациентов с деструктивной фазой процесса (распада) – 78,6% (114 человек).

За последние годы выросло число умерших с МЛУ (множественной лекарственной устойчивостью) и ШЛУ (широкой лекарственной устойчивостью). Так за период 2010 – 2014 годы умерло больных МЛУ – 70 человек (или 58,8% всех бактериовыделителей), с ШЛУ – 14 (или 9,6% всех бактериовыделителей).

В 2013 и 2014 годах отмечается некоторая тенденция к снижению летальности от туберкулеза больных МЛУ и ШЛУ, благодаря активному лечению больных препаратами резервного ряда (по программе DOT*S+). Тем не менее, с учетом роста ВИЧ-инфицированных лиц, их высокой тропности к туберкулезной инфекции, в том числе с МЛУ, сохраняется угроза стабильно высокой смертности от туберкулеза данной категории больных, как в городе, так и в регионе (ПМР), в целом.

Заключение: Мероприятия, проводимые в городе Тирасполь, как и по Республике, по совершенствованию профилактической работы, раннему выявлению и лечению больных туберкулезом должны являться резервом для снижения смертности от туберкулеза. Решение данной проблемы, а именно снижение показателя смертности от туберкулеза зависит и от своевременного решения комплекса экономических, социальных и медицинских факторов, влияющих на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу.

В данном контексте, основными факторами, влияющими на показатель смертности от туберкулеза, являются социальный статус пациента, своевременность выявления туберкулезного процесса, наличие сопутствующих заболеваний и их качественное лечение.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КУПИРОВАНИЮ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ И ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Лечебно-консультативное отделение медико-диагностического центра «Медин».
г. Тирасполь, Приднестровье, ул. К. Либкнехта ½, (+373533)61818

Алгоритм использования антиаритмического препарата группы IC- этацизина при пароксизмах фибрилляции предсердий и желудочковых нарушениях ритма.

Цель: улучшение качества жизни.

Материал и методы исследования: материал конгресса кардиологов (г. Москва-09.2015г.), конференции в г. Стамбуле-(06.2015г.), клинический случай из личного архива.

Результаты и их обсуждение:

Стратегия поддержания синусового ритма:

-интуитивно более предпочтительно;

-снижение риска ОНМК;

-сохранение систолической функции левого желудочка.

Причины нарушений сердечного ритма: гипертоническая болезнь- на первом месте, ишемическая болезнь сердца, гиперлипидемия, анемия, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, метаболический синдром, синдром апноэ во сне, гипертиреоз, вагусные нарушения ритма, связанные с обострением язвенной болезни.

Целевые группы для приема этацизина:

1. Идиопатическая фибрилляция предсердий.

2. Ваготония.

3. Вагусная фибрилляция предсердий(в покое, после еды, тошноты, рвоты, при гастроэзофагеальном рефлюксе, в случае весеннего обострения заболеваний ж.к.т. и т. д.)

4. Вагусные экстрасистолы (предсердные и желудочковые).

5. Желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия без выраженной структурной патологии сердца.

6. Позиционные нарушения ритма- чаще у спортсменов(в местах крепления сердца к перикарду образуются места фиброза).

7. Купирование редких пароксизмов фибрилляции предсердий -«по требованию».

8. Больные артериальной гипертензией и толщиной МЖП/ЗСЛЖ не более 14 мм.

9. Пациенты без «большой структурной патологии сердца»- большинство пациентов с «липовой ИБС».

Противопоказания для назначения этацизина:

1. Острые формы ишемической болезни сердца, перенесенный инфаркт, стенокардия III-IV ФК.

2. Сердечная недостаточность III ст.,IVФК, фракция выброса левого желудочка (ФВ) менее 40%.

3. Гипертрофия левого желудочка более 14мм.

NB! Исследование GAST: при снижении ФВ менее 30%- при назначении антиаритмических препаратов класса IC (этацизин, пропafenон) увеличивалась смертность за счет снижения систолической функции миокарда.

4. Бронхообструктивные заболевания.

5. Гликозидная интоксикация.

6. Нарушения проводимости.

Безопасная комбинация : этацизин+ маленькая доза б-блокатора- индивидуально можно использовать при сочетании больного с ИБС и экстрасистолией.

Схема для купирования пароксизма фибрилляции предсердий в амбулаторных условиях.

Стратегия: таблетка этацизина «в кармане», «таблетка по требованию».

Прием этацизина 50-100мг однократно (возможно сочетание с метопрололом 25-50мг или бисопрололом 2,5-5мг). Максимальная концентрация- через 2,5-3ч. Длительность действия 6-9ч. Через 2-3ч повторить 1 таб., при сохраняющемся пароксизме -еще через 2-3ч-1 таб.

Через 2ч подключить антикоагулянт, в т.ч.ксарелто.

Для поддержания синусового ритма этацизин принимать 3-4 дня.

Выводы:

Преимущества использования данной стратегии:

1. Наиболее эффективно у пациентов с редкими пароксизмами фибрилляции предсердий - купирующая антиаритмическая терапия, без необходимости постоянного приема.

2. Быстрое восстановление синусового ритма после приема этацизина (эффективность 56-83%), отсутствие тяжелых побочных эффектов.

3. Отсутствие необходимости в госпитализации, что позволяет улучшить качество жизни больных.

4. Самостоятельное купирование аритмии.

5. Снижение риска тромбообразования. Время до кардиоверсии ФП - риск тромбоэмболии:

-менее 12ч- 0,3%(жен. -0,4%);

12-24ч-1,1% (жен.2,4%);

24-48ч-1,1%(жен.2,5%)

Клинический случай.

Пациентка З., 64 лет, обратилась к кардиологу в связи с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, перебоев в работе сердца, подъемы АД до 160/90 мм рт.ст., боль пекущего характера в области сердца. В анамнезе у пациентки - артериальная гипертония на протяжении 2-х лет , аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма(эутиреоз). Появление приступов сердцебиений отмечает на протяжении года. Неоднократно вызывала бригаду СМП. Приступы фибрилляции предсердий купировались в/в введением кордарона. Получала плановую терапию: небилет5мг-1/2 таб., кардиомагнил

75мг, лизиноприл 5мг , на фоне приема которой продолжают беспокоить пароксизмы ФП.

Назначено обследование: Липидограмма: ОХ 6,8 ммоль/л; ЛПНП 4,7 ммоль/л; ТГ 2,0 ммоль/л. Уровень тиреотропных гормонов в норме. По данным ЭхоКг: ЛП 40мм;ЗСЛЖ 8,5 мм; МЖП 8,5 мм; ФВ 66%. Холтеровское мониторирование: зарегистрирован пароксизм фибрилляции предсердий в ночное время и частая желудочковая экстрасистолия. Ишемических изменений не выявлено.

Произведена коррекция лечения:

Произведена стратификация риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений. В связи с высоким риском тромбоэмболических осложнений- 3 балла(АГ, возраст, женский пол) назначен варфарин с подбором дозы под контролем МНО(целевое МНО 2,5).Учитывая отсутствие антиаритмического эффекта у небиволола, больная переведена на конкор 2,5мг- 1/2 таб. С антиаритмической целью в терапию включен этализин 50мг по ½ таб. 3р. в день- под контролем ЭКГ.

С гипотензивной целью: вазар Н (80/12,5)мг- 1 таб./сут. С гиполипидемической: розувастатин 10мг- 1 таб. на ночь. С кардиопротекторной: предуктал MR 35мг по 1 таб. 2р. в день. Больная динамически наблюдается на протяжении 3-х месяцев. Произведена постепенная отмена конкора, доза этализина уменьшена до 50мг/сут. Самочувствие удовлетворительное. Показатели гемодинамики стабильные: АД 130/80 мм рт.ст. ЧСС 68 уд. в 1 мин. За все время наблюдения пароксизмов не наблюдается.

Информационные источники:

Доклад к.м.н., вед. научного сотрудника лаборатории нарушений ритма РНПЦ «Кардиология» г. Минск - Д.Б.Гончарук - конференция в г. Стамбул-06.2015г.

Профессор Дощицин В.Л.- конференция Клуба аритмологов России - Москва 2015г.

В.О. Мильцин, А.Г. Зингер, А.В. Еленова, Г.Ю. Голынский

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

ГУ «РГИВОВ» отделение анестезиологии и реаниматологии
г. Тирасполь, Приднестровье, mvo1986@mail.ru

The use of combination of neuroprotection in patient with ischemic stroke

Лечение больных инсультом остается сложной многоплановой задачей; при этом нейропротекция остается важнейшим элементом алгоритма базовой терапии инсульта. Оптимальный перечень препаратов для реализации этого важного направления лечения не определен. В связи с этим продолжается изучение

эффективности лекарственных средств, проводится критический анализ доказательной базы их использовании.

Так, в терапии ишемического инсульта мы использовали сочетания препаратов:

2. Холина альфосцерат +Левокарнитин
3. Холина альфосцерат + этилметилгидроксипиридина сукцинат
4. Холина альфосцерат + Левокарнитин + этилметилгидроксипиридина сукцинат
5. Холина альфосцерат + Цитофлавин +. этилметилгидроксипиридина сукцинат

Однако сравнительной оценки указанных схем лечения не проводилось.

Цель работы: разработать подход к оптимизации фармакотерапии больных ишемическим инсультом на фоне артериальной гипертензии и церебрального атеросклероза, базирующийся на комплексной сравнительной оценке фармакодинамической эффективности различных схем нейрометаболического лечения.

Материалы и методы исследования:

Проведено исследование клинической эффективности различных сочетаний нейропротективных препаратов в острейшем и остром периодах ишемического инсульта у 60 больных. Больные находились в отделении реанимации и анестезиологии ГУ «РГИВОВ».

Критерии включения: первые - третьи сутки ишемического инсульта с подтвержденной данными компьютерной томографии; больные обоего пола; возраст от 40 до 78 лет (средний возраст 59 лет). На момент исследования - ясное сознание и сохранность речевых функций и письма, достаточных для проведения исследования; наличие артериальной гипертензии или церебрального атеросклероза.

Критерии исключения: снижение уровня сознания, не допускающее вербального контакта с больным; геморрагический характер инсульта; отсутствие нейровизуализационного подтверждения наличия ишемического инсульта; декомпенсированные стадии дыхательной и сердечно - сосудистой недостаточности.

В 1-й группе из 15 человек нейропротекция осуществлялась препаратами медотилин и метакартин. Группа состояла из 7 женщин и 8 мужчин 30-80 лет (средний возраст - 59 лет).

Больные 2-й группы 16 человек, в том числе 6 женщин и 10 мужчин получали медотилин и элфунат. Их средний возраст составлял 54 года (от 41 до 74 лет).

Больным 3-й группы 15 человек, в том числе 5 женщин и 10 мужчин назначались медотилин метакартин и элфунат. Больные находились в возрасте 39-77 лет, их средний возраст - 55 лет.

Больных 4-й группы 14 человек, в том числе 5 женщин и 9 мужчин лечили комбинацией из трех препаратов: медотилин, цитофлавин и элфунат. Возраст пациентов этой группы - от 48 до 77 лет, средний возраст - 57 лет Больные были обследованы на первые-третьи сутки и повторно на 10-е сутки с момента развития инсульта. Предпринята стандартная клиническая оценка неврологического статуса. Использованы также шкала инсульта Национального института здо-

ровья (NIHSS), модифицированная шкала Рэнкин, краткая шкала оценки психического статуса (MMSE). Определялись психологический портрет личности больных и качество их жизни.

Результаты исследования и их обсуждение:

Анализ полученных данных свидетельствует об улучшении комплекса изученных показателей на фоне проведенного курса лечения у пациентов всех четырех групп. Вместе с этим были выявлены и достоверные межгрупповые различия в степени улучшения тех или иных показателей шкал, отражавших состояние пациентов.

Так, у больных 1-й группы об эффективности проведенного курса лечения свидетельствовала следующая динамика показателей шкал до и после курса лечения: по шкале NIHSS мы определили соответственно 7,2 + 3,4 и 3,3 + 2,3 балла; по шкале Рэнкин - 3,5 + 1,0 и 1,8 + 1,1 балла, по шкале MMSE - 20,4 + 4,7 и 25,5 + 3,1 балла.

У пациентов 2-й группы до и после лечения зарегистрированы оценки: по шкале NIHSS - 5,6 + 2,7 и 1,9 + 1,7 балла (соответственно до и после курса лечения); по шкале Рэнкин - 3,3 + 1,0 и 1,4 + 1,0 балла; по шкале MMSE - 24,2 + 5,4 и 27,5 + 2,8 балла.

У больных 3-й группы результаты по шкале NIHSS - 5,1 + 2,2 и 2,1 + 1,6 балла, по шкале Рэнкин - 3,1 + 1,0 и 1,2 + 1,0 балла; по шкале MMSE - 25,4 + 3,5 и 28,5 + 3,0 балла.

В 4-й группе показатели по шкале NIHSS были до лечения - 5,5 + 2,9 балла, после лечения - 1,5 + 1,8 балла; по шкале Рэнкин показатели составляли соответственно 3,6 + 1,0 и 1,6 + 1,7 балла, по шкале MMSE - 25,2 + 5,2 и 28,7 + 3,0 балла.

Выводы: Таким образом, под влиянием курса лечения с использованием препаратов с нейропротективным эффектом положительные изменения в неврологическом статусе, состоянии когнитивной сферы и социальной адаптации происходят у больных всех четырех групп и во всех возрастных диапазонах. Однако степень улучшения в группах была различной. Логично подтвердить, что нейропротективная терапия является одним из основных условий успешного лечения ишемического инсульта.

Полученные нами сравнительные данные при использовании различных сочетаний препаратов с нейропротективным механизмом действия позволили выделить наиболее эффективное сочетание нейропротективных средств, предпочтительных для применения при ишемическом инсульте: совместное использование холин альфосцерат левокарнитина и. этилметилгидроксипиридина сукцината. Фармакоэкономические и клинико-неврологические характеристики различных комбинаций нейропротекторов рекомендуется учитывать при определении алгоритма лечения.

Следует отметить определенный антиастенический эффект использованных нейропротективных препаратов и лечебного комплекса в целом.

Заключение. Используемые комплексы нейропротективных средств в острейшем и остром периодах ишемического инсульта, у пациентов всех возрастов, эффективны и обеспечивают значительный регресс дефекта функций цен-

тральной нервной системы; в ряде случаев они способствуют восстановлению утраченных моторных, координаторных, сенсорных и когнитивных функций, в том числе - навыков самообслуживания и речи.

Проведенная работа позволяет доказательно высказаться о сравнительной эффективности различных комплексов нейропротективных средств, оценить фармакоэкономические и клинико-неврологические последствия их применения и обосновать целесообразность назначения наиболее эффективных лечебных сочетаний различных препаратов

В.О. Мильцин, А.И. Чуйко, Г.Ю. Гольинский

ПЕНТОКСИФИЛЛИН В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ГУ «РГИВОВ» отделение анестезиологии и реаниматологии
г. Тирасполь, Приднестровье, mvvo1986@mail.ru

Pentoxifilline in intensive therapy of acute cerebral insufficiency a background of ischemic stroke.

Актуальность: пентоксифиллин был включен нами в комплекс интенсивной терапии отека головного мозга у пациентов с острой церебральной недостаточностью на фоне ишемического инсульта. Патогенетическим обоснованием для применения этого препарата послужили следующие данные о значительном влиянии микроциркуляторных расстройств в развитии отека головного мозга. Биохимические изменения, вызванные гипоксией мозга, приводят к анаэробному гликолизу, повреждению энергетических систем мозга, накоплению продуктов метаболизма с увеличением осмолярности клеток мозга. Значительную роль в развитии процесса отека головного мозга играет сопутствующий ему метаболический ацидоз и гиперкапния. В прямой зависимости от нарушения энергетических систем мозга лежат изменения обмена электролитов. Последовательность этих изменений следующая. Через 2-5 минут после начала гипоксии на поверхности коры возникает отрицательный асфиксический потенциал с деполяризацией коры. Существенное увеличение сопротивления при гипоксии связывают с движением натрия и хлора из внеклеточного пространства в клетки. Нормальные ионные соотношения между клеткой и межклеточным пространством поддерживаются благодаря работе «натрий-калиевого насоса». Но для выведения натрия из клетки против высокого электрохимического градиента, натриевому насосу необходим источник энергии. При нарушении энергетических систем такой источник энергии отсутствует и, соответственно, количество натрия внутри клетки остается значительно повышенным. В свою очередь пентоксифиллин оказывает положительный эффект на уровень натрия, калия и воды в мозговых клетках. При отеке головного мозга препарат уменьшает количество натрия и воды в нервных клет-

ках при одновременном сохранении калия, тем самым улучшается энергетический потенциал нервных клеток и их функция.

Пентоксифиллин улучшает микроциркуляцию и реологию крови, усиливает коллатеральное кровообращение. Препарат подавляет агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, повышает их гибкость, снижает повышенную концентрацию фибриногена в плазме, усиливает фибринолиз и таким образом уменьшает вязкость крови. Увеличивает кровоток в наибольшей степени в ЦНС и в конечностях, умеренно в почках. Механизм действия пентоксифиллина связывают с угнетением фосфодиэстеразы и накоплением цАМФ в клетках гладкой мускулатуры сосудов, в форменных элементах крови. Положительное влияние на мозговое кровообращение объясняется перераспределением кровотока в пользу ишемизированных областей за счет сужения мозговых сосудов и уменьшение церебрального кровотока в неповрежденных зонах.

Цель: целью нашего исследования являлось изучение эффективности применения пентоксифиллина в интенсивной терапии острой церебральной недостаточностью развившейся у пациентов с ишемическим инсультом.

Материал и методы: В период с января по сентябрь 2015 года обследовано 48 пациентов в возрасте от 62-х до 84-х лет, находившихся в реанимационном отделении ГУ «РГИВОВ» в остром периоде ишемический инсульта Летальные исходы 25% случаев. Степень нарушения сознания определяли по шкале ком Глазго (ШКГ).

Результаты и обсуждение: При поступлении в отделение реанимации у всех пациентов была клиника остро церебральной недостаточности, которая проявлялась той или иной формой нарушения сознания.

Для восстановления микроциркуляции в сосудах головного мозга, перфузии ткани мозга, коррекция нарушений в системе регуляции агрегатного состояния крови (РАСК) и для медикаментозной коррекции изменений сосудистой системы мозга применяли препарат пентоксифиллина 200мг в сутки внутривенно.

При ИИ в первые сутки активируется внутренний механизм свертывания крови, который носит характер гиперкоагуляции, вследствие повреждения эндотелия сосудов головного мозга и контакта элементов крови, в особенности тромбоцитов, с субэндотелием. Таким образом, первая стадия соответствует стадии гиперкоагуляции ДВС-синдрома, в течении которой происходит массивное потребление факторов свертывания крови и, как следствие, образование микротромбов и закупорка максимального количества капилляров в головного мозге, что может привести только к увеличению зоны повреждения. Как показали проведенные исследования, медикаментозная коррекция пентоксифиллином способствовала предотвращению развитию гиперкоагуляции на начальном этапе, а так же развитию гипокоагуляции на последующих этапах.

На фоне проводимой терапии у пациентов в течении первых суток отмечался регресс симптоматики острой церебральной недостаточности, что проявлялось в восстановлении сознания пациента. Также отмечалась стабилизация и улучшение основных гемодинамических показателей по данным непрерывного мониторинга (мониторы dragger).

Показатели свертывающей системы крови при поступлении в отделение носили гиперкоагуляционный характер, на фоне проводимой терапии в течении первых суток отмечалась нормализация показателей свертывающей системы, а в последующие 72 часа показатели свертываемости приходят в гипокоагуляционное состояние.

Выводы: На основании полученных данных можно сделать вывод об эффективности применения пентоксифиллина у пациентов с острой церебральной недостаточностью на фоне ишемического инсульта.

Наше исследование позволяет определить место пентоксифиллина в группе первоочередных мероприятий в терапии острой церебральной недостаточности на фоне ишемического инсульта

Применение пентоксифиллина в стандартной дозе 200 мг в сутки оказывает положительный эффект на регресс общемозговой симптоматики у пациентов с острой церебральной недостаточностью на фоне ишемического инсульта.

На основе предварительных исследований можно сделать вывод, что церебральный вазоспазм и нарушения в свертывающей системе могут быть уменьшены при использовании в терапии острой церебральной недостаточности на фоне ишемического инсульта пентоксифиллина.

Выявленные положительные свойства у пентоксифиллина позволяют рекомендовать данный препарат в качестве одно из первоочередных мер интенсивной терапии остро церебральной недостаточности у пациентов с ишемическим инсультом.

В.О. Мильцин, Е.С. Королев, Г.Ю. Голынский

ВЫСОКОСМОЛЯНЫЕ РАСТВОРЫ МНОГОАТОМНЫХ СПИРТОВ В ТЕРАПИИ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК

ГУ «РГИВОВ» отделение анестезиологии и реаниматологии
г. Тирасполь, Приднестровье, mvvo1986@mail.ru

Vysokoopashnye solution of polyatomic alcohols in the treatment of brain edema in patients with cerebral vascular accident.

Актуальность: При интенсивной терапии больных с ОНМК принципиально важное значение имеют профилактика и лечение отека и набухания головного мозга, восстановление функции клеточных и сосудистых мембран, а также снижение их проницаемости. В комплексной интенсивной терапии отека головного мозга стандартно применяются различные лекарственные средства, однако они обладают большим количеством побочных эффектов. С этой точки зрения, насущной необходимостью является поиск препаратов, обладающих максимальным эффектом в терапии отека головного мозга, с минимальным количеством ослож-

нений на фоне проводимой терапии. С целью решения проблемы эффективной терапии отека головного мозга мы провели исследование о применении высокоосмолярного раствора сорбитола - Сорбилакт. Препарат обладает противоотечным, диуретическим действием, а также являются источником энергии.

Цель исследования: изучить эффективность инфузионной терапии сорбилактом в комплексном лечении отека головного мозга при острых нарушениях мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе отделения анестезиологии и реаниматологии ГУ «РГИВОВ». Нами было обследовано 35 больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в возрасте от 52 до 84 лет, среди них было 23(65,7%) мужчин и 12(34,3%) женщин. У 32 (91,4%) больных было повышено ВЧД, о чем свидетельствует состояние сознания по ШКГ <9 баллов. Безусловно, этим пациентам была показана дегидратационная терапия, главным образом гипертоническими растворами. Мы применяли гипертонический раствор сорбитола - Сорбилакт в дозе 5 мг/кг/сутки.

Результаты и обсуждения: Одним из основных клинических показателей в интенсивной терапии острого нарушения мозгового кровообращения является внутричерепное давление (ВЧД). Уровень ВЧД определяется взаимодействием нескольких функциональных систем, именно он оказывает существенное влияние на работу этих систем. Та или иная степень внутричерепной гипертензии (ВЧГ) является характерным состоянием для больных с острым нарушением мозгового кровообращения. В последние годы уделяется большое внимание взаимосвязи между изменениями мозгового кровотока и внутричерепного объема крови с изменениями системного артериального давления (САД). Основным терапевтическим моментом, на который всегда обращает практикующий врач, является вопрос об оптимальном для пациента уровне артериального давления (АД), гарантирующего оптимальный уровень среднего артериального давления (САД) и, соответственно оптимальный уровень центрального перфузионного давления головного мозга (ЦПД). С целью решения проблем поддержания адекватной перфузии головного мозга, с одной стороны, и эффективной терапии отека головного мозга, с другой стороны и применялся сорбилакт. Препарат обладает, доказанным клиническими испытаниями, противовоспалительным, противоотечным, дезинтоксикационным, диуретическим действием, а также являются источником энергии.

Адекватная инфузионная терапия с применением Сорбилакта обеспечивала стабилизацию перфузионного давления мозга за счет трех взаимосвязанных принципиальных моментов - снижения явления отека мозга, улучшение оттока из полости черепа и восстановление кровотока в перифокальной области (за счет улучшения реологии).

На фоне проводимой терапии в течение первых суток отмечается стабилизация и улучшение показателей среднего артериального давления по данным непрерывного кардиомониторинга (кардиомониторы фирмы DRAGER), а на третьи сутки отмечается значительное улучшение показателей глазного дна по данным офтальмоскопии,

Данные, полученные при проведении исследования показали, что предложенные варианты интенсивной инфузионной терапии с использованием Сорбилакта приводят к достоверной нормализации ВЧД, что клинически проявлялось регрессом клиники отека головного мозга и полным восстановлением сознания у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Выводы:

Проведенное исследование позволяет сделать заключение о том, что в современных протоколах оказания помощи пациентам с отеком головного мозга при острых нарушениях мозгового кровообращения одно из ключевых мест должны занять многоатомные спирты (Сорбилакт), реально снимающий отек головного мозга.

При инсультах сопровождающихся повышением внутричерепного давления назначается Сорбилакт в дозе 5 мл/кг/сутки.

Гипертонические растворы сорбитола имеют большое осмотическое давление и выраженный диуретический эффект. Инъекции препарата способны на длительное время снижать внутричерепное давление, уменьшать отек головного мозга. Растворы глюкозы и леулезы значительно уступают сорбиту в степени и длительности снижения внутричерепного давления. В значительной степени это объясняется медленным проникновением сорбита через гематоэнцефалический барьер.

Выявленные положительные реологические, гемодинамические и осмотические качества растворов многоатомных спиртов в интенсивной терапии у пациентов с отеком головного мозга при ОНМК могут рассматриваться как нейропротективные за счет эффективного восстановления кровоснабжения пораженных участков головного мозга, активного удаления токсических метаболитов и эффективного купирования явлений отека головного мозга.

В.О. Мильцин, Г.Ю. Голынский

ПЕНТОКСИФИЛЛИН В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ГУ «РГИВОВ» отделение анестезиологии и реаниматологии
г. Тирасполь, Приднестровье, mvov1986@mail.ru

Pentoxifilline in intensive therapy of acute cerebral insufficiency a background of ischemic stroke.

Актуальность: Препарат был включен в комплекс интенсивной терапии (ИТ) отека-набухания головного мозга (ОНГМ) у пациентов с острой церебральной недостаточностью на фоне ишемического инсульта. Патогенетическим обоснованием для применения этого препарата послужили данные о значительном влиянии микроциркуляторных расстройств в развитии ОНГМ. Биохимические

изменения, вызванные гипоксией мозга, приводят к анаэробному гликолизу, повреждению энергетических систем мозга, накоплению продуктов метаболизма с увеличением осмолярности клеток мозга. Значительную роль в развитии процесса ОНГМ играет сопутствующий ему метаболический ацидоз и гиперкапния. В прямой зависимости от нарушения энергетических систем мозга лежат изменения обмена электролитов. Последовательность этих изменений следующая. Через 2-5 минут после начала гипоксии на поверхности коры возникает отрицательный асфиксический потенциал с деполяризацией коры. Существенное увеличение сопротивления при гипоксии связывают с движением натрия и хлора из внеклеточного пространства в клетки. Нормальные ионные соотношения между клеткой и межклеточным пространством поддерживаются благодаря работе «натрий-калиевого насоса». Но для выведения натрия из клетки против высокого электрохимического градиента, натриевому насосу необходим источник энергии. При нарушении энергетических систем такой источник энергии отсутствует и, соответственно, количество натрия внутри клетки остается значительно повышенным. Многие авторы утверждают, что развитие отека мозга связано с повышением содержания в мозговой ткани натрия и уменьшением калия. Деполяризация клеточных мембран при ишемии вызывает перемещение ионов натрия из межклеточного пространства во внутриклеточное, в результате чего внеклеточная активность натрия уменьшается более, чем на 60 мэкв/л. При этом внутриклеточная осмолярность возрастает приблизительно на 50 мосм, вследствие распада продуктов анаэробного метаболизма. Таким образом, повреждение энергетических систем мозга при гипоксии способствует нарушению работы «натрий-калиевого насоса» и увеличению содержания натрия в клетке, что совместно с увеличением внутриклеточной осмолярности приводит к значительному повышению воды внутри клетки, т.е. цитотоксическому отеку (набуханию).

Пентоксифиллин оказывает положительный эффект на уровень натрия, калия и воды в мозговых клетках. При отеке головного мозга препарат уменьшает количество натрия и воды в нервных клетках при одновременном сохранении калия, тем самым улучшается энергетический потенциал нервных клеток и их функция.

Функциональная система регуляции агрегатного состояния крови (РАСК) поддерживает в организме кровь в жидком состоянии, своевременно восстанавливает поврежденные стенки капилляров и сосудов, обеспечивает необходимый уровень факторов свертывания в крови. Нормальное функционирование системы РАСК возможно при условии единства и борьбы ее противоположных сторон - свертывания и противосвертывания, являющихся раздвоением единого процесса поддержания гомеостаза. Интегральным критерием функционирования системы РАСК является гемостатический потенциал. Установлена мозаичность гемостатических потенциалов системы РАСК. Показано, что патология системы РАСК может быть обусловлена нарушением морфологии и функции ее центральных органов, местных регуляторов, периферических образований и центральных регуляторов.

Пентоксифиллин улучшает микроциркуляцию и реологию крови, усиливает коллатеральное кровообращение. Препарат подавляет агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, повышает их гибкость, снижает повышенную концентрацию фибриногена в плазме, усиливает фибринолиз и таким образом уменьшает вязкость крови. Увеличивает кровоток в наибольшей степени в ЦНС и в конечностях, умеренно в почках. Механизм действия пентоксифиллина связывают с угнетением фосфодиэстеразы и накоплением цАМФ в клетках гладкой мускулатуры сосудов, в форменных элементах крови. Положительное влияние на мозговое кровообращение объясняется перераспределением кровотока в пользу ишемизированных областей за счет сужения мозговых сосудов и уменьшение церебрального кровотока в неповрежденных зонах.

Цель. Целью нашего исследования являлось изучение влияния пентоксифиллина на церебральную гемодинамику и показатели свертывающей системы крови в остром периоде ишемического инсульта осложненным острой церебральной недостаточностью.

Материал и методы. В период с января по сентябрь 2015 года обследовано 38 пациентов в возрасте от 52-х до 78-х лет, находившихся в реанимационном отделении ГУ «РГИВОВ» в остром периоде ишемического инсульта Летальные исходы 25% случаев. Степень нарушения сознания определяли по шкале ком Глазго (ШКГ).

Результаты и обсуждение. При поступлении в отделение реанимации все больные находились в коматозном состоянии 5-7 баллов по ШКГ.

Для восстановления микроциркуляции в сосудах головного мозга, перфузии ткани мозга, коррекция нарушений в системе регуляции агрегатного состояния крови (РАСК) и для медикаментозной коррекции изменений сосудистой системы мозга применяли препарат пентоксифиллина 200мг в сутки внутривенно.

При ИИ в первые сутки активируется внутренний механизм свертывания крови, который носит характер гиперкоагуляции, вследствие повреждения эндотелия сосудов головного мозга и контакта элементов крови, в особенности тромбоцитов, с субэндотелием. Таким образом, первая стадия соответствует стадии гиперкоагуляции ДВС-синдрома, в течении которой происходит массивное потребление факторов свертывания крови и, как следствие, образование микротромбов и закупорка максимального количества капилляров в головного мозга, что может привести только к увеличению зоны повреждения. Как показали проведенные исследования, медикаментозная коррекция пентоксифиллином способствовала предотвращению развитию гиперкоагуляции на начальном этапе, а так же развитию гипокоагуляции на последующих этапах.

Выводы.

1. Нарушения церебральной гемодинамики в условиях и ИИ можно охарактеризовать как церебральный вазоспазм вследствие нарушения со стороны артериального, капиллярного, венозного звена сосудистого русла.

2. На основе предварительных исследований можно сделать вывод, что церебральный вазоспазм и нарушения в свертывающей системе могут быть умень-

шены при использовании в терапии остро церебральной недостаточности на фоне ишемического инсульта Пентоксифиллин в стандартной дозе.

3. Наше исследование позволяет определить место пентоксифиллина в группе первоочередных мероприятий в терапии острой церебральной недостаточности на фоне ишемического инсульта

4. На основе предварительных исследований можно сделать вывод, что нарушения в свертывающей системе могут быть уменьшены при использовании в терапии остро церебральной недостаточности на фоне ишемического инсульта пентоксифиллина в стандартной дозе.

*И.А. Орешина, А.Г. Кравцова, Я.Ф. Белогуб,
А.А. Гарбузняк, А.В. Наумов, Т.А. Бивол*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАЙМ - БОРРЕЛИОЗА В ПМР

*ПГУ им. Т. Г. Шевченко, кафедра педиатрии и инфекционных болезней
ГУ «Республиканская клиническая больница»
г. Тирасполь, Приднестровье*

Ежегодно приобретает актуальность изучение клинико-эпидемиологических особенностей Лайм-боррелиоза в ПМР. В 2013 г. зарегистрировано 4 случая (из них один ребенок), в 2014 г -13 случаев (из них 6 приходится на детей), за 9 месяцев 2015 г.- 15 случаев (из них 3-е детей) Лайм-боррелиоза в ПМР.

Лайм-боррелиоз (ЛБ) нередко переходит в хроническое течение, поражая преимущественно кожные покровы, нервную систему, сердечно-сосудистую систему, а также различные суставы из опорно-двигательного аппарата, что без своевременной диагностики и лечения может приводить к инвалидизации пациентов.

Цель: проанализировать клинико-эпидемиологические особенности Лайм-боррелиоза в ПМР.

Методы и материалы: анализ статистических данных ГУ РЦГиЭ, клиническое наблюдение пациентов инфекционного стационара ГУ РКБ, оценка результатов лабораторного исследования пациентов.

Результаты и обсуждение.

Лайм-боррелиоз – зооантропонозное природно-очаговое заболевание с трансмиссивным путем передачи, вызываемое возбудителем рода *Borrelia* и характеризующееся кольцевидной эритемой и полисистемным поражением.

Трансмиссивный механизм передачи реализуется по средствам кровососущих клещей, преимущественного иксодового рода двух видов *I. persulcatus* и *I. ricinus* слюнные железы которых содержат *Borrelia*. У нас распространены *B. garinii*, *B. azelii*, *B. miyamotoi* и другие, но не встречается характерная для США *B. burgdorferi* – самая крупная из боррелий, которая передается клещами *I. dammini*, циркулирующими в Америке, отличающиеся процессом пищеварения от



Рис. 1.

иксодовых клещей, характерных для нашего региона. Так, в слюнных железах *I. dammini*, циркулирующих в Америке, возбудитель находится редко. Обычно он поступает из кишечника в слюнные железы не ранее чем через 48 ч от начала питания. В то же время у голодных клещей *I. persulcatus*, распространенных в Европе, боррелии находятся в слюнных железах и передача возбудителя происходит с первых часов от начала кровососания. Это имеет большое значение для решения вопроса о профилактическом назначении антибиотиков при укусах клещей.

Заболеваемости характерна сезонность с конца февраля до октября месяца, пик приходится на май и летние месяцы, что совпадает с рекреационной миграцией населения в лесопарковые зоны для отдыха, где обитают клещи.

Ретроспективный анализ многолетней динамики заболеваемости Лайм-боррелиоза в ПМР с 1993 г. по настоящий момент показал, что большую значимость данная болезнь начала приобретать с 2010 г., когда было зарегистрировано 7 случаев среди населения, ранее с 2003 г. по 2009 г. регистрировались единичные случаи, в том числе завозные из других республик (в частности из РФ по данным эпидемиологического анамнеза). С 2010 г. по настоящий момент отмечается тенденция роста заболеваемости ЛБ (см. рисунок №1).

В 2012 г. заболеваемость ЛБ в ПМР составила 2,93 случая на 100 тыс. населения, 2013г – 0,79 на 100 тыс. населения, в 2014 г. – 2,57 случаев на 100 тыс. населения, в 2015 г. за 9 месяцев – 2,97 случая на 100 тыс. населения. Темп прироста в 2014 году составил 503,03 % , что объясняется распространением инфицированных боррелиями иксодовых клещей в популяции, что в среднем достигает от 50% до 80 % в нашем регионе. Однако, по административно-территориальным единицам республики регистрируются единичные случаи ЛБ, только в Рыбнице, Слободзее, Григориополе, что связано со сложностями в дифференциальной диагностики, и нехватке профильных специалистов.

В клинике выделяются три стадии: I стадия – ранняя локализованная, характеризуется мигрирующей эритемой, региональной лимфоаденопатией; II

стадия – ранняя диссеминированная, характеризуется вторичными эритемами, мигрирующей артралгией, атриовентрикулярными блокадами в сердце, поражением центральной и периферической нервной системы; III стадия – поздняя диссеминированная или хроническая инфекция (атрофический дерматит, хронический энцефаломиелит и др.).

Кольцевидная мигрирующая эритема важный патогманичный признак. Размер мигрирующей эритемы не менее 5 см в диаметре, почти всегда в её центральной части можно обнаружить место присосавшегося клеща (первичный аффект), однако у вторичных эритем оно отсутствует. Кольцевидную эритему при ЛБ необходимо дифференцировать с аллергической эритемой, анулярной экзантемой и эритразмой.

В 2015 году зарегистрирован случай хронического Лайм-боррелиоза, с нарушением проводимости сердца (в динамике данные ЭКГ), атрофическими изменениями кожи и лимфоцитозами кожи в области волосистой части головы. Лечение такой формы должно быть комплексным, а этиотропная терапия включает комбинацию двух и более антибиотиков. Используют четыре вида антибактериальных средств: тетрациклины, пенициллины, макролиды, цефалоспорины III поколения.

Выводы:

1. Эпидемиологическая ситуация в Приднестровье по заболеваемости ЛБ в последние годы очень напряженная с тенденцией к росту: в 2012 году – 2,93 случая на 100 тыс. населения, а в 2015 за 9 месяцев – 2,97 случая на 100 тыс. населения.
2. Опасность хронизации процесса требует высокого профессионализма в ранней диагностики ЛБ врачами первого звена медико-санитарной помощи.
3. Необходимо своевременно назначать профилактические курсы антибиотиков в случае укуса клещом, с доведением в профилактической беседе пациента важности данного мероприятия.

С.В. Окушко, О.И. Горцак, В.М. Ефремов

ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ.
ГУ РГИВОВ, неврологическое отделение
Тираспольский филиал ГУ РКВЭЖ
г. Тирасполь, Приднестровье

Вследствие тяжелого повреждения головного мозга различного генеза часто развивается кома – отсутствие открывания глаз, локализации болевого раздражителя, вербального контакта. Появление реакции пробуждения, как правило, сопровождается восстановлением сознания. Однако у некоторых пациентов состояние бодрствования не сопровождается какими-либо признаками осознания себя и окружающего.

В настоящее время под термином “вегетативное состояние” подразумевается состояние, характеризующееся полным отсутствием осознания себя и окружающего, сопровождающееся сохранностью цикла сон-бодрствование, с полной или частичной сохранностью вегетативных функций гипоталамуса и ствола головного мозга. Термин “вегетативное состояние” приобрел относительно четкие клинические критерии и стал официальным для юристов и страховых компаний во многих странах. Можно считать, что синдром, наконец, нашел признаваемое большинством специалистов имя. В зависимости от сроков существования вегетативного состояния различают: персистирующее вегетативное состояние – длится менее 1 месяца, когда есть надежда на частичное или полное восстановление сознания; перманентное вегетативное состояние, длящееся более 1 месяца, когда частичное или полное восстановление сомнительно. Считается, что персистирующее вегетативное состояние переходит в перманентное через 3 месяца после нетравматического повреждения головного мозга (острое нарушение мозгового кровообращения, отравление) и через 12 месяцев после черепно-мозговой травмы. К вегетативному состоянию могут привести тяжелая черепно-мозговая травма, ОНМК (инсульт), тяжелые отравления, наркоз: общая анестезия при оперативных вмешательствах, тяжелые инфекции (энцефалиты), остановка сердца, нарушение кровообращения (последствие реанимационных мероприятий): повреждение головного мозга в результате кислородного голодания. Специфических морфологических изменений, характерных для вегетативного состояния, как по локализации, так и по объему поражения, нет. Наиболее характерны некротические изменения коры головного мозга (диффузные или локальные), зрительных бугров, повреждения подкоркового белого вещества (диффузное аксональное повреждение 2-3 степени).

При ишемическом и гипоксическом повреждениях мозга преобладают некрозы коры и зрительных бугров, при травматическом - признаки диффузного аксонального повреждения и поражения зрительных бугров. У части пациентов развивается выраженная атрофия мозга, одним из механизмов которой является демиелинизация подкоркового вещества и нисходящих проводников в стволе головного мозга. Причину нахождения больного в вегетативном состоянии невозможно объяснить только структурным повреждением мозга, а сроки и уровень восстановления у больных в вегетативном состоянии не укладываются в известную динамику компенсаторно-восстановительных процессов.

Основными патофизиологическими механизмами являются подавление функций коры и восходящих активирующих влияний ретикулярной формации, обусловленные ишемией, гипоперфузией, реперфузией, гипоксией нейрональных и глиальных клеточных массивов, биохимические нарушения, изменения баланса нейротрансмиттеров и медиаторов воспалительной реакции, нарушения функционирования гематоэнцефалического барьера и распределения воды в головном мозге, патологические изменения паренхиматозных органов. Отсутствие сознания сопровождается существенным подавлением спонтанной и вызванной рефлексорной активности.

Известной особенностью восстановительных процессов в мозге является отсутствие у зрелых нейронов способности к делению. Формирование новых межнейронных контактов, которые по мере созревания включаются в межнейронную интеграцию и создают новые функциональные группы, восстановление синаптического пула, дендритного дерева нейронов, активация и гипертрофия сохранившихся синапсов – все эти механизмы играют важную роль в восстановлении интегративных функций ЦНС, сознания. После того как перечисленные выше процессы частично остановлены и стабилизированы, больной обычно выходит из состояния комы. Возникновение реакции пробуждения свидетельствует о восстановлении интегративной деятельности физиологических механизмов, связанных с ретикулярной формацией и другими структурами. За внешней схожестью клинических проявлений комы и вегетативного состояния лежат различные патофизиологические механизмы. Выявление таких механизмов должно способствовать совершенствованию методов лечения, которые пока сводятся к уходу и правильному кормлению пациентов. Остается практически неизученным как прогнозировать сроки выхода из вегетативного состояния, влияют ли на эти сроки, применяемые методы лечения, и, наконец, каков механизм восстановления сознания. Социально-экономические, юридические аспекты, связанные с лечением пациентов в вегетативном состоянии, многообразны. Поэтому актуальными остаются разработки методик прогнозирования исхода вегетативного состояния, на основании которых можно проводить отбор пациентов для проведения целенаправленной интенсивной терапии в условиях отделения анестезиологии и реаниматологии и для общепринятого лечения в отделении неврологии. Изучение вегетативного состояния имеет значение для понимания фундаментальных проблем, связанных с интегративной деятельностью головного мозга, обеспечивающей сознание, когнитивные функции и саногенетические механизмы восстановления этих функций после тяжелого повреждения мозга.

С.В. Панкрушев, Н.Г. Лосева

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

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

В настоящее время туберкулез во многих странах мира занимает первое место по показателям смертности среди инфекционных заболеваний, унося ежегодно около полутора миллионов человеческих жизней. Примерно одна треть населения Земли инфицирована микобактериями туберкулеза [1]. При этом, подавляющее большинство инфицированных лиц остаются здоровыми на протяжении всей жизни. Заболевают около 5% из них. Это значительное различие между числом инфицированных и заболевших является одним из наиболее яр-

ких эпидемических признаков туберкулеза, свидетельствуя о присутствии в популяции лиц более и менее чувствительных к этой инфекции [2]. Данные о наличии наследственной, генетической, предрасположенности к туберкулезу также подтверждают сложность взаимодействия макроорганизма и микобактерии [3].

Системой макроорганизма, среди множества своих функций определяющей и иммунологическую защиту, является соединительная ткань [4]. А при нарушениях структуры этой системы - дисплазии соединительной ткани - нарушаются и ее функции, что создает среди различных последствий и «фоновую основу» для развития заболеваний [5].

Учитывая повсеместность распространения соединительной ткани в организме, выявляемые внешние признаки дисплазии нельзя считать изолированными, локальными, они являются «маяками» нарушений всей системы этой ткани организма.

Выделяют 3 типа телосложения человека - астеническое, нормостеническое и гиперстеническое. Эти конституциональные типы, несмотря на некоторую условность разграничения, широко используются при описании объективного состояния пациентов. Издавна известно, что туберкулезом чаще всего болеют лица с астеническим телосложением: длинной тонкой шеей, узкой плоской грудной клеткой с острым реберным углом, узким тазом, крыловидными лопатками.

В настоящее время астеническая конституция рассматривается как один из бесспорных и очевидных признаков дисплазии соединительной ткани.

Целью данного исследования являлось изучение связи типа телосложения с другими признаками дисплазии соединительной ткани, а также с особенностями микобактериального процесса.

Материал и методы исследования - это исследование проводилось с использованием методов объективного обследования пациента и рентгенологических данных. Были обследованы и взяты под наблюдение больные с впервые выявленным туберкулезом - в количестве 85 человек.

Результаты и их обсуждение - как и предполагалось, преобладали лица астенического телосложения - 58 человек (68,2%). Нормо- и гиперстеников определено значительно меньше - 27 пациентов (31,8%). В структуре клинических форм туберкулеза в обеих группах преобладал инфильтративный туберкулез легких - у 44 (75,9%) лиц в первой группе и 20 (74,1%) лиц во второй группе. Следующей формой по распространенности в обеих группах был очаговый туберкулез - он определен у 5 (8,6%) и 3 (11,1%) больных соответственно. Из различий в структуре клинических форм туберкулеза обращает на себя внимание наличие диссеминированного туберкулеза легких у лиц с астеническим телосложением - 4 случая (6,9%), при отсутствии этой формы среди больных нормо- и гиперстеников. Кроме этого, при наличии примерно одинакового уровня бактериовыделителей в группах 37 чел. (63,8%) и 17 чел. (63%) соответственно, заметна разница в распространенности фазы распада, больше среди астеников - 32 случая (55,2%) против 12 (44,4%). Также определен более высокий процент форм с множественной лекарственной устойчивостью среди пациентов 1-й группы - 23 (39,6%) и 6 (22,2%) среди пациентов 2-й группы наблюдения. В том числе,

среди больных туберкулезом с астеническим телосложением у двоих определена форма с первичной широкой лекарственной устойчивостью.

Пациенты были обследованы объективно с целью выявления внешних фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани. Количество этих признаков, в среднем, оказалось несколько большим в группе больных туберкулезом с астеническим телосложением - 14,2 признака и 12,1 признака у пациентов второй группы соответственно. Наибольшее количество диспластических признаков в обеих группах связано со скелетными изменениями, что в среднем составило по 4 признака в группе астеников и по 3 признака у пациентов второй группы. Признаков изменения наружного уха по 1,6 и по 1,5 соответственно; изменения глаз - по 2,4 и по 2,3; зубо-челюстные изменения - 2,5 против 1,8; изменения связок и суставов, в среднем, 1,2 признака среди пациентов астеников и 1,1 признак среди нормо- и гиперстеников; изменения кожи и ее придатков - 1,5 и 1,4 соответственно, изменения сосудов - 0,9 и 1 признак соответственно в этих группах. Ясно, что различные внешние изменения, например, короткие мизинцы или голубые склеры сами не могут являться причиной развития туберкулеза, однако, вероятно, они являются «маяками», указывающими на нарушения в соединительнотканной системе организма - ее структуры, а значит, и функций, в том числе, и защиты от микроорганизмов.

Выводы: как показало исследование, заболевание может возникнуть у лиц любого конституционального типа, хотя преимущественно поражаются лица астенического телосложения. У таких больных туберкулез имеет более тяжелое течение: болезнь носит распространенный характер (встречаются диссеминированные процессы), наблюдается более высокая частота распадов легочной ткани и лекарственной устойчивости возбудителя (вплоть до наличия первичной широкой лекарственной устойчивости микобактерий). Также в обеих группах наблюдения выявлено множество внешних признаков дисплазии соединительной ткани, с несколько более высокой частотой их обнаружения среди больных с астеническим телосложением, что может указывать на наличие связи между степенью выраженности соединительнотканых нарушений и риском развития туберкулезного процесса, и особенностями его течения.

Список литературы

1. Фтизиатрия / М.И. Перельман, В.А. Корякин, И.В. Богадельникова // Медицина. - 2004. - С. 57 - 67.
2. Диагностика туберкулеза: возможности и пределы / С.Е. Борисов // Проблемы туберкулеза. - 2001. - №3. - С.5 - 9.
3. Генетика бронхолегочных заболеваний / Под ред. В.П. Пузырева, Л.М. Огородовой // Издательский холдинг «Атмосфера». - Москва, 2010. - С. 122 - 140.
4. Соединительная ткань и стромально-паренхиматозные взаимоотношения при патологии / В.П. Казначеев, Д.Н. Маянский // Патология, физиология и экспериментальная терапия. - М., 1988. - №4 - С. 79 - 83.
5. Соединительнотканная дисплазия митрального клапана / В.М. Яковлев, Р.С. Карпов, Е.В. Швецова // Сибирский издательский дом. - Томск, 2004. - С. 9-11.

А.А. Печул, Т. Максим, А.А. Мунтян, А.А. Коваленко,
Т.А. Бивол, А.А. Гарбузняк

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА В ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

ГУ «Республиканский центр гигиены и эпидемиологии»,
ПГУ им. Т. Г. Шевченко, кафедра педиатрии и инфекционных болезней
г. Тирасполь, Приднестровье

Заболееваемость туберкулезом остается самой актуальной проблемой среди аэрозольных инфекций. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу является неблагоприятной на всех административных территориях. При ретроспективном анализе за период 2000-2014 г.г. отмечается выраженная тенденция к росту заболеваемости, со среднегодовым темпом роста 5,7%.

Цель: изучение динамики темпов развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, и её влияние на эпидемический процесс распространения туберкулеза.

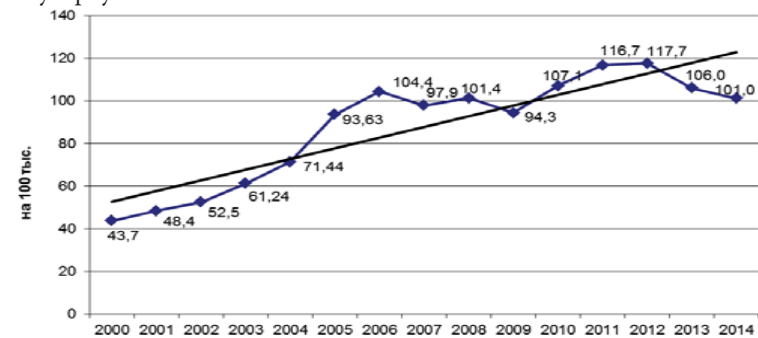


Рис. 1. Динамика и тенденция заболеваемости туберкулезом по ПМР за период 2000-2014 гг.

За 2014 г. по республике зарегистрировано 510 случаев, что составляет 101,0 на 100 тысяч населения. Заболеваемость на 4,8% ниже уровня 2013 года и не превысила пределы прогностических границ, рассчитанных на 2014 г. (средний прогнозируемый уровень - 130,1‰).

В разрезе административных территорий отмечается рост заболеваемости в г. Бендеры и Слободзейском р-не и снижение заболеваемости в г. Тирасполь, Григориопольском, Дубоссарском, Рыбницком и Каменском районах. Самый высокий уровень заболеваемости отмечается в Слободзейском районе - 133,2 на 100 тысяч населения.

В Европе более 380000 людей ежегодно страдают антибиотикоустойчивыми бактериальными инфекциями, около 25000 людей ежегодно умирают по причине израсходования всех терапевтических ресурсов. Ежегодно регистрируются около

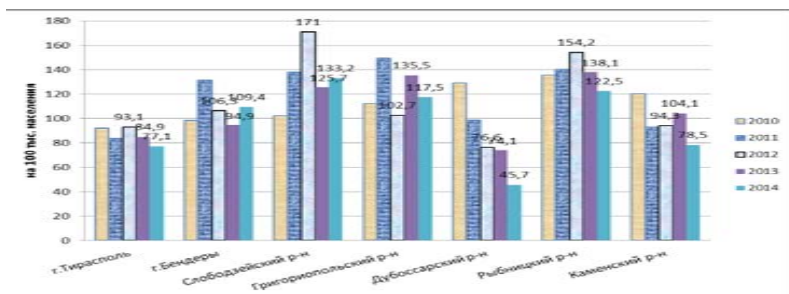


Рис. 2. Сравнительная заболеваемость туберкулезом в разрезе административных территорий ПМР за период 2010-2014 годы.

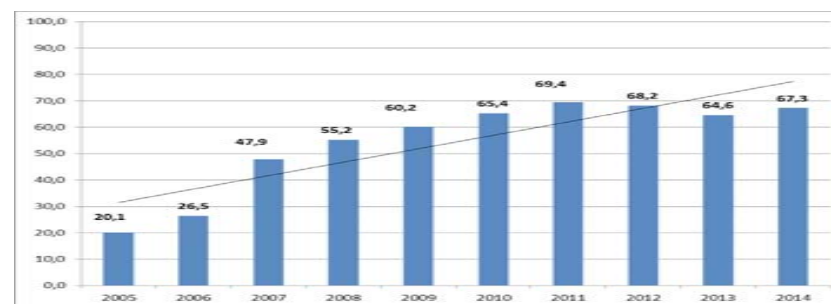


Рис. 4. Многолетняя динамика и тенденция выявляемости пациентов по ГУ РТБ с множественной лекарственной устойчивостью по ПМР за период 2005-2014 годов (на 100 тыс. нас.).

440 000 новых случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), и 15000 летальных исходов связанных с этим. Чрезвычайная лекарственная устойчивость (ЧЛУ-ТБ) сообщена 64 странами.

На увеличение заболеваемости и смертности населения от туберкулеза и ухудшение ее структуры в предыдущие годы оказали влияние социальные и экономические факторы, повсеместно снижающийся жизненный уровень, ухудшающееся питание отдельных слоёв населения, увеличение числа лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, активная миграция населения, перерывы в лечении, отсутствие условий для принудительного лечения больных.

Так, в республике в течение 2014 года были выписаны из стационара (ГУ РТБ) более ста больных туберкулезом до достижения полного абациллирования или закрытия полости распада, по причине не соблюдения больничного режима или самовольного ухода. В том числе около 30% пациентов были выписаны в течение первого месяца от начала курса стационарного лечения. Как результат перерывов в курсе лечения, это привело к увеличению частоты выявления лекарственной устойчивости (ЛУ МБТ) к противотуберкулезным препаратам.

С 2008 г. наблюдается рост удельного веса больных с зарегистрированной МЛУ МБТ – с 57,1% в 2008г до 64,4% в 2014 г. (рис.3).

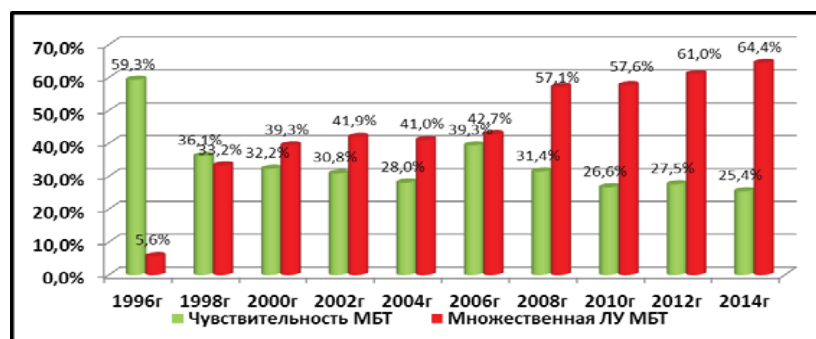


Рис. 3. Темпы изменения чувствительности и МЛУ МБТ, выделяемых больными ТБ.

Указанный процесс сопровождается одновременным снижением доли пациентов, выделяющих чувствительные штаммы МБТ – с 31,4% в 2008 г. до 25,4% в 2014г. Более того, следует отметить, что начиная с 2000 г. штаммы МБТ с МЛУ стали доминирующими; с 2008 г. намечена четкая тенденция разграничения процентного соотношения чувствительности и лекарственной устойчивости МБТ, выделяемых больными ТБ. К 2014 г. больных с МЛУ штаммами МБТ стало в 2,5 раза больше, чем пациентов, выделяющих чувствительные микобактерии туберкулеза.

В интенсивных показателях (на 100 тыс. населения) выявляемость МЛУ в 2014 году разнится от 21,8 в Каменском до 86,1 в Слободзейском районе, при средне-республиканском показателе 67,3‰.

Выводы:

1. Изучение динамики темпов развития ЛУ позволило определить, что на современном этапе прослеживается ухудшение эпидемиологической ситуации по ТБ в республике.

2. Среди всей когорты бациллярных больных в 2014г зарегистрировано 64,4% больных, выделяющих МТБ с МЛУ, и только 25,4% с чувствительным штаммом МБТ.

3. При сохраняющемся высоком уровне заболеваемости туберкулезом на первый план выходит проблема раннего выявления бактериовыделителей, особенно пациентов с устойчивой формой ТБ. Для этой цели в работу РРЛ внедряются инновационные технологии диагностики ТБ, позволяющие в кратчайшие сроки выявить указанные штаммы МБТ с целью адекватного подбора режима химиотерапии и, как следствие, улучшение показателей эффективности лечения.

4. В интенсивных показателях (на 100 тыс. населения) выявляемость МЛУ разнится на различных административных территориях республики, вместе с тем в целом отмечается прогрессирующая тенденция распространённости форм заболевания, вызванных МЛУ-ТБ.

5. Требуются незамедлительные меры по организации условий для принудительного лечения пациентов, нарушающих лечебный и противоэпидемический режим.

ЧАСТОТА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. ТИРАСПОЛЯ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г.Шевченко
кафедра терапии №1, поликлиника №3
г. Тирасполь, Приднестровье, sokol-177@mail.ru

Проведено исследование частоты ревматических заболеваний (РЗ) среди жителей г. Тирасполя по данным статистики (по обращаемости), по данным госпитализации в ТРКБ и анализу диспансерных форм на больных с РЗ за период с 2005-2015 год. При этом остеоартроз(ОА) определялся у 10,1%. распространенность ревматоидного артрита(РА) составила-0,40%, спондилоартритов (СПа) - 0,85%, анкилозирующего спондилоартрита (АС)-0,1%, подагры 0,37% и системных заболеваний СТ(СЗСТ)-0,11%.

Одним из основных факторов, определяющих социальное бремя хронических ревматических заболеваний (РЗ), является их распространенность в популяции и накопление больных с РЗ в обществе, что снижает его трудовой, экономический и психологический потенциал, существенно повышает общественные и индивидуальные расходы на здравоохранение, подчас делая их непосильными и для государства, и для самого больного и его семьи. Общепризнанным является тот факт, что РЗ находятся по уровню своего негативного влияния на современное общество на одном из первых мест. Такое положение определяется их постоянно увеличивающейся распространенностью, поражаемостью всех возрастных групп населения, склонностью к хронизации РЗ и неуклонному прогрессированию, ведущим к снижению дееспособности, ранней инвалидизации пациентов, накоплению их в популяции и росту экономического ущерба вследствие нетрудоспособности. За последнее десятилетие число РЗ в России увеличилось примерно на треть, в результате экономический ущерб от РЗ стал увеличиваться с каждым годом, а проблема РЗ стала иметь медико-социальную направленность. Всемирной организация здравоохранения считает, что примерно 10% населения мира страдают РЗ. Причем в разных странах с учетом клинко-географических особенностей, показатели заболеваемости и распространенности РЗ заметно различаются, так, например, частота остеоартроза на Чукотке составляет примерно 22%, а среди жителей Туркменистана – 4%[1,2].

Данных о частоте и структуре РЗ и Приднестровском регионе Молдовы за последние десять лет в литературе обнаружено не было, это и послужило поводом для исследования

Целью исследования явилось изучение частоты РЗ среди жителей г. Тирасполе.

Материалы и методы.

Работа является частью целевой программы НИЛ «ИНТЕРН» ПГУ им.Т.Г.Шевченко по изучению распространенности РЗ в Приднестровье

Исследование выполнено на базе данных архива, стат. отдела Республиканской больницы г. Тирасполя (ТРКБ), а также городских поликлиник №1, №3 и №5. Был проведен статистический анализ частоты и структуры РЗ по обращаемости в ЛПУ по данным статистического отдела МЗ ПМР и количественных показателей диспансеризации ревматических больных, а также данные по госпитализации в ТРКБ за 2005-2015 гг.

Результаты исследования.

В общей структуре РЗ за 2005-2015 гг. на первом месте находится остеоартроз с преимущественным поражением коленных и\ или тазобедренных суставов составила – 10,1%. Распространенность ревматоидного артрита(РА) составила-0,40%, спондилоартритов (СПа) - 0,85%, анкилозирующего спондилоартрита (АС)-0,1%, подагры 0,37% и системных заболеваний СТ(СЗСТ)-0,11%. У каждого пятого (20,5%) амбулаторного пациента трудоспособного возраста причиной обращения в поликлинику является синдром боли в нижней части спины(БНС), вызывающая снижение трудоспособности в 58% случаев. Частота БНС у лиц мужского пола была выше, чем у женщин (32% и 25% соответственно). Частота воспалительной БНС, являющейся клиническим критерием диагностики спондилоартритов, у амбулаторных пациентов трудоспособного возраста составляет 4,4%, а анкилозирующего спондилита - 0,55 %. . Дальнейшее сопоставление данных стат. отдела и диспансерных форм по РЗ показало, что только половина больных с БНС и ОА находятся на «Д» учете у ортопеда , невролога, ревматолога и\или терапевта.

Таким образом, проведенное исследование частоты и структуры РЗ по данным статистики (по обращаемости), по данным госпитализации в ТРКБ и анализу диспансерных форм на больных с РЗ за период с 2005-2015 год, позволило сделать заключение, что в связи с широкой распространенностью и большой социальной значимостью ОА и не воспалительной и воспалительной БНС в популяции, а также для профилактики ОА и БНС, необходим скрининг и диспансеризация населения с жалобами на боли в суставах и позвоночника в возрасте старше 30 -60 лет (включая R- графию суставов и позвоночника). Согласно концепции всеобщей диспансеризации населения РФ данные лица нуждаются в целенаправленном диспансерном наблюдении и обследовании терапевтом, врачом общей практики, неврологом, ортопедом, а при наличии синовита в анамнезе - ревматологом для уточнения диагноза. Данные, полученные в результате проведенного исследования могут служить основой для научно обоснованного планирования профилактической и лечебной помощи МЗ городским жителям с заболеваниями суставов и позвоночника.

Библиографический список:

1. Алексеева Л.И. Факторы риска при остеоартрозе // Науч. – практ. ревматология. 2000. - №2. - С. 36 - 45.
2. Беневоленская Л.И., Эрдес Ш., Алексеева Л.И., Крылов М.Ю. Ревматические заболевания среди коренных жителей Чукотки //Тезисы доклада научно-практической конференции 22-23 сентября 1993г. Красноярск,1993, с. 12-13.

К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В НЕОНАТОЛОГИИ

1 - ГУ «БЦМиР», г. Бендеры, Приднестровье

2 - ПГУ им. Т.Г.Шевченко, кафедра педиатрии и инфекционных болезней,
г. Тирасполь, Приднестровье.

Боль - это уникальное состояние, с которым сталкивается по мере своего существования фактически каждый человек. Боль (Б) как чувство, как психо-сенсорный феномен невозможно измерить, его можно описать, а также можно определить физиологические, биохимические, психологические показатели, которые вызывают Б или являются ее следствием. Подобное положение вещей затрудняет диагностику Б и болевых синдромов, и это особенно становится очевидно при диагностике Б у новорожденных детей.

Боль определяют как «неприятное ощущение и эмоциональное испытание, связанное с имеющимся или потенциальным повреждением тканей, либо же испытываемое в момент этого повреждения». N. Katz, F.M. Ferrante.

При проведении мониторинга, диагностики и лечения заболеваний у новорожденных используется большое количество инвазивных процедур, число которых увеличивается с каждым годом. Это приводит к тому, что ребенок, которому требуется интенсивная терапия, часто страдает от боли. Особую актуальность эта проблема приобретает в хирургическом стационаре, так как помимо манипуляций, новорожденный подвергается оперативному вмешательству и испытывает послеоперационную боль, также болевой синдром может быть симптомом хирургического или терапевтического заболевания [Михельсон В.А., 2001; Johnston C.C., 1996; Taylor V.J., 2006].

Причины неадекватной анальгезии у новорожденных:

- убеждение врачей и медицинских сестер, что новорожденные дети менее чувствительны к боли, особенно недоношенные;
- отсутствие знаний среди медицинского персонала по этой проблеме;
- отсутствие общепринятых методов выявления болевого синдрома в неонатологии;
- недостаточное исследование фармакокинетики и фармакодинамики анальгетиков у новорожденных детей;
- использование анальгетиков реже и в меньшей дозе из-за боязни побочных эффектов;
- невозможность или ограниченное использование эффективных современных методов анальгезии, таких как АКП, регионарных методов обезболивания, НПВП последнего поколения.

Долгое время проблемы связанные с болью у новорожденных игнорировались, и неверные представления относительно неонатальной боли существуют до настоящего времени. Во-первых, традиционно полагают, что новорожденные не имеют неврологического субстрата для восприятия боли и поэтому не

чувствуют или менее чувствительны к боли. Во-вторых, дети не помнят перенесенную боль, и она не имеет никаких неблагоприятных последствий. В-третьих, новорожденным слишком опасно назначать обезболивающие препараты из-за высокого риска побочных эффектов [Cloherty J.P., 2008]. К настоящему времени многочисленными исследованиями по анатомии и нейрофизиологии доказано, что ноцицептивная система при рождении анатомически и функционально хорошо подготовлена для восприятия боли, даже у недоношенных. Ее особенности - низкий порог боли, длительная реакция, перехлест рецепторных полей, незрелая система нисходящего контроля боли, более широкие рецепторные поля, обуславливают более высокую чувствительность к болевым воздействиям в этом возрасте [Anand K.J., 2007; Simons S.H.

Доказано, что чрезмерная активность в развивающейся ЦНС, вызываемая болью, изменяет и повреждает нормальное синаптическое развитие, что приводит к нарушениям в соматосенсорной обработке ноцицептивной информации и нейроповеденческим изменениям в течение всей жизни [Anand K.J. 2000, 2006; Grunau R., 2002; Howard R. F., 2005]. Отдаленные клинические последствия включают изменения нервно-психического развития и социального поведения, позднее становление внимания и способности к обучению [Anand K.J., 1997; Porter F.L., 1999; Peters J.W., 2005].

Выявлено, что тяжелая или неоднократная боль у ребенка повышает риск развития сепсиса, ДВС-синдрома, ацидоза, кровоизлияний и ишемии в ЦНС, формирует состояние постоянного стресса, когда любой раздражитель воспринимается новорожденным как болевой, повышает неонатальную смертность [Anand K.J., 1998]. В ряде исследований показано, что неадекватная послеоперационная анальгезия увеличивает число осложнений, ухудшает течение и исход ближайшего послеоперационного периода [Anand K.J., 1986, 1990]. В связи с вредными последствиями и отрицательными эффектами боли на новорожденного, необходимость ее устранения у детей в отделении интенсивной терапии приобретает особо важный смысл [Володин Н.Н., 2008; Anand K.J., 2001; Tibboel D., 2006].

Проводимые в последние годы исследования были направлены на определение оптимальной стратегии дозирования и методики назначения фармакологических и нефармакологических средств анальгезии. Несмотря на усовершенствование лечебной тактики, интенсивная терапия у новорожденных часто сопровождается эпизодами боли без адекватной профилактики и терапии. Трудности при решении этой проблемы связаны особенностями неонатального периода: нехватка объективных методов измерения боли, невозможность использования ряд методик анальгезии в этом возрасте из-за отсутствия речевого контакта с ребенком, возрастные ограничения для применения многих анальгетиков и, самое важное, отсутствие необходимых знаний среди медицинского персонала по диагностике и профилактике боли у новорожденных [Taylor V.J., 2006; Anand K.J., 2007; Carbajal R., 2007].

В настоящее время медицинской общественностью во всем мире признается серьезность проблемы распространенности боли и стресса у новорожденных, которые лечатся в отделениях интенсивной терапии. При этом подчеркивается

право новорожденного получать эффективную и безопасную обезболивающую терапию [Шабалов Н.П., 2004; McGrath P.J., 2002; Anand K.J., 2007]. Таким образом, актуальность настоящей работы можно определить необходимостью поиска оптимальных, доступных и эффективных способов профилактики, диагностики и лечения боли у новорожденных, которые обеспечивали бы максимальное облегчение болевого синдрома у ребенка и имели минимальные побочные эффекты.

Ребенок в период от рождения до 3 лет находится в фазе сенсорно-моторного развития; он думает, если можно так сказать, телом. Поэтому наблюдение за поведением рекомендуется в качестве метода оценки степени боли. Регистрируют движение, положение тела, выражение лица и характер плача ребенка. В данной возрастной группе о степени боли судят на основании физиологических изменений, таких как ускоренное сердцебиение и повышенное артериальное давление, замедленное дыхание, потливость ладоней и повышение уровня катехоламинов. Для выполнения физиологических измерений, однако, необходима сложная аппаратура, поэтому к ним прибегают лишь в тех случаях, когда ребенок уже подключен к этой аппаратуре, возможно при использовании например в отделении интенсивной терапии. Оптимальное измерение боли в этой возрастной группе возможно при использовании комбинации поведенческих и физиологических измерений. Примером подобного комбинированного метода является «Шкала комфорта», с помощью которой регистрируют интенсивность 8 реакций, таких как состояние готовности, спокойствие/возбуждение, движения тела, напряжение мышц (лица), артериальное давление, дыхание и сердцебиение. Эта шкала обработана для Голландии и в настоящее время исследуется в палате интенсивной терапии отделения детской хирургии Академической больницы Роттердама в сотрудничестве с отделением детской хирургии Академического медицинского центра в Амстердаме.

Немедикаментозные методы обезболивания новорождённого: Поглаживание; Покачивание; Ласковая речь; Массаж, осторожное растирание болезненного места; Пероральное введение концентрированного раствора сахарозы или глюкозы; Рефлекторное сосание, не связанное с приёмом пищи; Совместное использование концентрированного раствора сахарозы или глюкозы с пустышкой;

Медикаментозные методы обезболивания новорожденного: Наркотические и ненаркотические анальгетики: морфин, фентанил, промедол; Нестероидные противовоспалительные средства: парацетамол, ибупрофен; Седативные препараты: диазепам, лоразепам, мидазолам, пропофол, барбитураты (фенобарбитал).

Местные анальгетики: крем EMLA (Eutectic Mixture of Local Anesthetics); 4% тетракаиновый крем (аметокаин); 5% мазь или 2% гель лидокаина.

Литература:

1. Клипинина Н.В. Некоторые особенности восприятия и переживания боли детьми: взгляд психолога // Рус. мед. журн. – 2007. – 9.
2. Снисарь В.И. Боль у детей // Здоровье Украины. – 2007. – 1518.
3. Степанов А.А., Яцык Г.В., Намазова Л.С. Метод профилактики боли у детей раннего возраста при вакцинации // Педиатрич. фармакол. – 2007. – Т. 4, № 1. – С. 8285.

4. Шабалов Н.П., Иванов С.Л. Боль и обезболивание в неонатологии. – М., 2004. – 156 с.

5. Бочкарева С.А. Принципы доказательной медицины в диагностике боли у новорожденных детей / Пальчик А.Б., Бочкарева С.А. // Сборник материалов Междисциплинарного конгресса «Ребенок и лекарство». – СПб., 2006. – С. 3335.

6. Cowley Ch. Business briefing: longterm healthcare strategies. – 2003.

7. Wintgens M.A. et al. Posttraumatic stress symptoms and medical procedures in children // Can. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 42. – 611616.

8. Pain response in newborns to the order of injecting BCG and HepatitisB vaccines: a randomized trial // Indian J. Pediatr. – 2011. – 78(6). – 6937.

9. Carbajal R., Chauvet X. et al. Randomised trial of analgesic effects of sucrose glucose and pacifiers in term neonates // BMJ. – 1999. – 319. – 13931397.

10. McGrath P.J., Johnson G., Goodman J.T. CHEOPS: A Behavioral Scale for Rating Postoperative Pain in Children // Advances in Pain Research and Therapy. – New York, NY: Raven Press, 1985. – Vol. 9. – 395402.

РАЗНОЕ

С.Н. Гараева, А.И. Леорда, Г.В. Редкозубова,
Г.В. Постолати, Н.В. Коварская

ИНДЕКС ТОРМОЗНЫЕ/ВОЗБУЖДАЮЩИЕ СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Институт Физиологии и санокреатологии АН РМ,
г. Кишинев, Молдова, garaeva.47@mail.ru
ПГУ им. Т.Г.Шевченко, кафедра биологии и физиологии человека,
г. Тирасполь, Приднестровье, leorda-ana64@mail.ru

The relation between the concentrations of the braking / excitatory amino acid availability in the blood serum of healthy and sick children of various age groups with epilepsy showed that in remission observed increase in brake index inhibitory / excitatory free amino acids is elevated and can be used to diagnose this pathology. The index braking / exciting free amino acids changes is exacerbated with age.

Общепризнано, что в основе возникновения патологических явлений в мозге лежат биохимические нарушения, среди которых особое место принадлежит метаболизму нейромедиаторов. Главные медиаторы головного мозга – аминокислоты. К возбуждающим аминокислотам относятся глутамат и аспарат. При освобождении в синапс они через ионотропные рецепторы открывают быстрые натриевые каналы, что деполяризует плазматическую мембрану и вызывает возбуждение нейрона. С другой стороны, избыток глутамата в синапсе приводит к перевозбуждению мозга вплоть до развития тяжёлого судорожного приступа. К тормозным аминокислотам относят гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), таурин, глицин. Связывание ГАМК с ионотропными ГАМК-рецепторами приводит к их открытию и быстрому входу в постсинаптический нейрон ионов Cl^- , которые вызывают гиперполяризацию и торможение функций нейрона. Глицин – основной ингибирующий нейромедиатор спинного мозга, который действует по аналогичному механизму [1].

Формирование эпилептического очага и генерализованной эпилептической активности связано с феноменом растормаживания нейронов, который характеризуется склонностью этих нейронов к генерации и распространению возбуждающего постсинаптического потенциала. Это обусловлено нарушением равновесия между возбуждающей и тормозной нейромедиацией [1-4].

Материалы и методы. Были проанализированы показатели свободных аминокислот (САК) в сыворотке крови у детей с установленным диагнозом эпилепсия в период ремиссии. Обследованные дети были разделены на 2 группы: I группа – дети до 2 лет и II группа – дети от 3 до 8 лет, здоровые дети составляли контрольную группу. Анализ материала проводился методом жидкостной хроматографии на аминокислотном анализаторе ААА 339М. Полученные данные обработаны с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Исследование соотношения концентраций *тормозные/возбуждающие* САК в сыворотке крови здоровых и больных эпилепсией детей различного возраста показало, что если у здоровых детей оно составляло $1,12 \pm 0,29$, то у детей до 2 лет – $1,61 \pm 0,31$ и еще более значительно увеличивалось с возрастом до $2,30 \pm 0,68$. В основе такого феномена при эпилепсии могут лежать процессы нарушения синтеза нейромедиаторов, изменения чувствительности рецепторов и повреждения глутаматных рецепторов и др.

Таким образом, формирование эпилептогенного очага связано с метаболизмом нейромедиаторных САК, и отношение *тормозные / возбуждающие* САК в сыворотке крови может выполнять сигнальную функцию его формирования в мозгу. Выявленное нами снижение содержания возбуждающих САК можно объяснить тем, что мы исследовали аминокислотный профиль сыворотки крови у детей в период ремиссии. Возбуждающие САК необходимы для всех основных функций головного мозга, включая поддержание его тонуса, бодрствования, психологической и физической активности, регуляцию поведения, обучение, память [2, 3], поэтому выявленное нами стойкое снижение их содержания в крови может определять наличие депрессивности, когнитивных нарушений [4].

Выводы. В период ремиссии наблюдается повышение уровня тормозных САК, индекс *тормозные/возбуждающие* САК повышен и может быть использован для диагностики данной патологии. Изменение индекса *тормозные/возбуждающие* САК усугубляется с возрастом.

Литература

1. Гараева С.Н., Редкозубова Г.В., Постолати Г.В. Аминокислоты в живом организме. Кишинев, 2009. - 550 с.
2. Королева Н.Ю., Воронкова К.В., Тарабрин П.А. Нарушения когнитивных функций у больных с эпилепсией, влияние антиэпилептической терапии и коррекция нарушений. // Consilium Medicum., 2010. - №4 - С. 12-18.
3. Машилов К.В., Жигарева Е.Б., Коган Б.М. Психологические особенности подростков, страдающих эпилепсией // Системная психология и социология, 2011. - №4. - С. 9-13.
4. Ana Leorda, Svetlana Garaeva, Vlada Furdui, Galina Redcozubova, Galina Postolati, Anatolie Mantoptyn. Particularitățile metabolismului azotat la persoanele cu excludiune socială ca factor morbidegen asupra sănătății psihice. Studia Universitatis Moldaviae, SERIA Științe reale și ale naturii. Chișinău, 2013, Nr.1(61).- С.38-42.

Работа выполнена в рамках Институционального проекта „Sănătatea psihică, exteriorizarea ei, teste și tehnologie de estimare, dezvoltarea sistemului de clasificare a acesteia”.

*Л.И. Гарбуз, А.В. Васильчук, И.А. Петровина,
Н.И. Чернявская, А.А. Мунтян, Е.Ю. Флоря*

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЕЛЬМИНТОЗОВ В ПРИДНЕСТРОВЬЕ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра биологии и физиологии человека,
ГУ «Республиканский центр гигиены и эпидемиологии»,
г. Тирасполь, Приднестровье, vasilchuk2009@mail.ru

This article presents the epidemiological situation of helminth diseases in the period from 2012 to 2014

Актуальность проблемы: Гельминтозы широко распространены в мире, однако в связи с тем, что большая часть инвазированных лиц не обследуется, то точное число страдающих этой патологией неизвестно. Настороженность врачей в отношении гельминтозов у населения в настоящее время недостаточная, а профилактика сводится к лечению уже выявленных заражённых пациентов. В практике врача редко встречается «классическая» клиническая картина глистных инвазий, что, конечно же, затрудняет диагностику данной патологии, особенно у детей. Кроме того, определенные сложности возникают с использованием стандартных методов гельминтологических исследований на яйца глист. Всё это приводит к трудностям дифференциальной диагностики гельминтозов, что обуславливает актуальность данной проблемы для практического здравоохранения.

Цель работы: проанализировать эпидситуацию по гельминтам в ПМР с периода 2012 года по 2014 год и осветить особенности диагностики гельминтозов.

Материалы и методы. Были ретроспективно исследованы случаи часто встречаемых гельминтозов в ПМР за период с 2012 по 2014 год.

Результаты и обсуждение. Эпидемиологическая ситуация гельминтозов в Приднестровье определяется наиболее часто встречаемыми возбудителями из паразитарных заболеваний, таких как: аскаридоз, энтеробиоз, токсокароз. Ежегодно в ПМР регистрируется до 3-х тысяч больных паразитарными болезнями, причем число обследованных лиц с каждым годом уменьшается за счет снижения обследуемых лиц копроскопическими и перианально - ректальными исследованиями. На территории ПМР за период времени с 2012 по 2014гг, наблюдалась тенденция роста количества случаев аскаридоза (2014г. - 427) и токсокароза (2014 г. -140). По энтеробиозу эпидситуация неоднозначна, которая выражалась как в увеличении случаев заболевания в 2012 г. (1921) и 2014 г. (1739), так и в их уменьшении в 2013 году (1649). Обследование проводили в дошкольных учреждениях, школах, а также у лиц, проходящих медосмотр при устройстве на работу. Причем обследование в дошкольных учреждениях и школах (с 1-4 классы) проводили после плановой дегельминтизации, как правило, в начале учебного года.

Особенности диагностики

Диагностика глистной инвазии основана на анализе комплекса эпидемиологических и клинико-лабораторных данных. Для подтверждения диагноза

применяются методы специфической диагностики: паразитологические (метод нативного мазка, методы обогащения по Като, Калянтарян и др.) и иммунологические (реакции связывания комплемента, агглютинации лизиса, непрямой гемагглютинации, иммуноферментный анализ, кожные аллергические пробы и др.). Во многом трудности диагностики гельминтозов связаны с особенностями их жизненного цикла. У всех нематод имеется личиночная фаза (от 1 до 6 мес.), когда они еще не откладывают яйца, поэтому в ходе лабораторной диагностики их невозможно обнаружить. Диагноз энтеробиоза устанавливают на основании исследования материала, полученного с перианальных складок с помощью тампона, шпателя, метода липкой ленты.

Такие изменения в показателях крови как повышение лейкоцитов, эозинофилов, гемоглобина и эритроцитов, могут натолкнуть практикующего врача на мысль о вероятности наличия гельминтозов в организме человека. В нашей республике делают серологические анализы на токсокар, аскарид. В столичных поликлиниках можно сдать кровь на наличие этих паразитов в организме, что является более эффективным, чем копроскопические анализы.

Выводы. Из статистических данных видно, что лидирующие места в период с 2012 по 2014 год, по частоте встречаемости среди глистных инвазий в ПМР занимают: аскаридоз, энтеробиоз и токсокароз. Для уменьшения количества случаев этих заболеваний по рекомендациям ВОЗ, проведение профилактических противоглистных курсов для всех возрастных групп населения должно осуществляться 1-2 раза в год.

На территории Приднестровья проводятся профилактические мероприятия по снижению уровня лидирующих гельминтозов. Но, к сожалению, они касаются только детей дошкольного и младшего школьного периодов и проводятся 1 раз в год препаратом «Пирантел» на протяжении многих лет, что может вызвать устойчивость к некоторым гельминтам, а значит, приведет к неэффективности данных мероприятий.

На сегодняшний день считаем, что меры по профилактике глистных инвазий далеко несовершенны и требуют пересмотра для охватывания всех возрастных групп и большего внимания к реальной существующей проблеме.

Л.И. Гарбуз, И.В. Ликризон, С.В. Ликризон

ФОРМИРОВАНИЕ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра биологии и физиологии человека
г. Тирасполь, Приднестровье, slaverina@mail.ru

Здоровая микрофлора кишечника выполняет довольно много функций, создаётся кислая среда в кишечнике, что улучшает всасывание железа, витамина Д и кальция, осуществляется контроль циркуляции желчных кислот, способствует регуляции перистальтики кишечника, восстанавливают слизистую обо-

лочку пищеварительного тракта, обеспечивает синтез витаминов, и основная роль бактерий, это усиление работы иммунной системы.

Заселение кишечника бактериальной флорой. В период внутриутробного развития желудочно-кишечный тракт плода стерилен, при прохождении через родовые пути матери происходит контактное обсеменение полости рта и глаз ребенка бактериями матери; так ребенок получает первую порцию микроорганизмов. Это те микроорганизмы, которые населяют родовые пути матери, таким образом мать является первым источником микроорганизмов кишечника своего ребенка. Соответственно наличие у женщины патологии (чаще всего – инфекционной этиологии, заболевания полости рта, желудка, печени, заболевания почек, гинекологических органов), отражается на составе микрофлоры ребёнка.

Правильное формирование нормальной микрофлоры кишечника новорожденного ребенка начинается тогда, когда ребенка первый раз приложили к груди. И сделать это надо как можно раньше, в течение первых 30 минут после рождения. Тогда малыш получит необходимую молочнокислую флору, которая накапливается на поверхности сосков роженицы и попадает в молозиво. Если приложить ребенка к груди в течение 12-24 часов с момента рождения, то необходимая молочнокислая микрофлора появится лишь у половины детей, еще более позднее прикладывание даст заселение микробактериями только у каждого 3-4-го ребенка. Доказано, что в грудном молоке матери в первые 7 дней после родов обнаруживаются бифидобактерии, лактобациллы, энтерококки и некоторые другие микроорганизмы. Раннее прикладывание новорожденного к груди, его совместное пребывание с матерью способствует более полноценному заселению кишечника нормальными микроорганизмами. И так как заселение кишечника происходит от полости рта в нижележащем направлении, то уже со вторых суток после рождения в стуле новорожденных обнаруживаются лактобациллы и бифидобактерии, количество которых затем увеличивается, а с 4-го дня жизни уменьшается количество эшерихий.

Таким образом, при правильном и раннем прикладывании новорожденного к груди формирование кишечной микрофлоры происходит к концу первой недели жизни. При более позднем прикладывании к груди формирование микрофлоры кишечника затягивается до 2-3 недель.

Бифидобактерии образуют большое количество кислых продуктов, способствуют всасыванию кальция, железа, витамина В, вырабатывают лизоцим, что препятствует проникновению микробов из нижних отделов кишечника в верхние и в другие органы. Эти бактерии образуют аминокислоты, белки, многие витамины группы В, которые затем всасываются в кишечнике. При недостатке бифидобактерий (искусственное вскармливание, антибиотикотерапия, инфекционные процессы) развивается целый комплекс белково-минерально-витаминовой недостаточности:

- уменьшается всасывание кальция и витамина В, что усиливает явления рахита или снижает эффективность лечения;

- при предрасполагающих факторах может развиваться анемия, так как снижается всасывание железа;

- происходит избыточный рост болезнетворных микробов и их распространение в верхние отделы кишечного тракта, нарушается общее всасывание питательных веществ, что приводит к таким диспептическим нарушениям, как отрыжка воздухом после еды, снижение аппетита, могут быть поносы и метеоризм (вздутие живота). А так как всасывание питательных веществ нарушено, это может приводить к снижению или недостаточной прибавке в весе, сухости кожных покровов, общему снижению иммунитета.

Бифидобактерии накапливают витамины группы В (В1, В2, В6, В12), С, никотиновую, фолиевую кислоты и биотин.

Л.И. Гарбуз, И.В. Ликризон, С.В. Ликризон

ФОРМИРОВАНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА РЕБЁНКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ И ВОЗРАСТА

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра биологии и физиологии человека
г. Тирасполь, Приднестровье, slaverina@mail.ru*

Формирование микрофлоры кишечника ребенка зависит от характера вскармливания. У детей, находящихся на естественном вскармливании, состав микрофлоры несколько отличается от такового у тех детей, которые находятся на искусственном вскармливании. При искусственном вскармливании обнаруживаются иные виды бифидобактерий, что влияет на консистенцию кала и частоту дефекации: кал становится более густой, а число дефекаций может уменьшиться до 1-2 раз в день. Бифидобактерии у детей, находящихся на естественном вскармливании, активнее подавляют рост потенциально болезнетворных микроорганизмов, поддерживая их состав на постоянном невысоком уровне.

Количество **лактобактерий** больше у детей, которые находятся на искусственном вскармливании. Лактобактерии подавляют гнилостные и гноеродные микробы, они обладают антибактериальной активностью благодаря тому, что вырабатывают молочную кислоту, спирт и лизоцим, а также стимулируют собственный иммунитет организма, вырабатывая интерфероны. При недостатке лактобактерий резко снижается моторика кишечника, пища застаивается в кишечнике, приводя к еще большему скоплению микробов.

У детей, находящихся на искусственном вскармливании больше, чем необходимо, и количество **клостридий** – бактерий, способных вырабатывать кишечные токсины.

Нетоксигенные **клостридии** поддерживают способность кишечной микрофлоры противостоять заселению болезнетворных микробов. Преобладание токсигенных видов клостридий в кишечной микрофлоре вызывает формирование

хронического воспалительного процесса, при этом усиливается перистальтика кишечника, нарушается нормальное всасывание питательных веществ, усиливается газообразование. И как результат, возникает аллергия на обычные продукты расщепления пищевых веществ, что в свою очередь нарушает функцию кишечника.

У «искусственников» чаще и в большем количестве выявляются такие микроорганизмы, как **бактероиды и вейлонеллы**, которые в избыточном количестве вызывают повышенное газообразование. Кроме того, такие дети не получают иммуноглобулин А, содержащийся в грудном молоке, а свой секреторный иммуноглобулин у них еще не вырабатывается, что приводит к снижению защитных сил организма. В этой ситуации те микроорганизмы, которые в небольших количествах не оказывают вредного влияния на организм, могут приобретать болезнетворные свойства и вызывать воспалительные процессы и частый жидкий стул. Дети, рожденные путем кесарева сечения, имеют значительно более низкое содержание лактобактерий, чем дети, появившиеся естественным путем. Только у малышек, находящихся на естественном вскармливании (грудное молоко), в микрофлоре кишечника преобладают бифидобактерии, с чем связывают меньший риск развития кишечных инфекционных заболеваний. При искусственном вскармливании у ребенка не формируется преобладание какой-либо группы микроорганизмов. Состав кишечной флоры ребенка после 2-х лет практически не отличается от взрослого: более 400 видов бактерий, причем большинство - анаэробы, плохо поддающиеся культивированию.

Формирование микрофлоры кишечника у новорожденных, особенно у недоношенных, зависит от гестационного возраста. Также учитывается и неонатальный период, когда происходит более интенсивное заселение кишечника *E.coli*, а также лактозонегативными энтеробактериями и это происходит у детей, которые родились до 30 недель гестации.

Когда ребенок родился на 31-36 неделе гестации, микрофлора кишечника ребенка содержит большое количество грибка рода *Candida*, небольшое количество бифидофлоры и микробов рода *Proteus*.

Таким образом, естественное вскармливание ребенка, начатое сразу после его рождения, формирует наиболее правильную микрофлору всего пищеварительного тракта, обеспечивает наиболее полноценное переваривание пищи, правильную работу кишечника, развитие иммунитета и контролирует работу всего организма в целом.

Если же происходит нарушение нормального состава кишечной микрофлоры, то это проявляется в виде дисбактериоза. Но проявления дисбактериоза можно наблюдать гораздо позже, хотя изменения в кишечнике уже существуют. И симптомы эти могут быть совершенно различными, в зависимости от того, какие бактерии в кишечнике отсутствуют, а каких содержится больше нормы.

Г.И. Гетманская, Р.И. Лесникова, Л.И. Гарбуз, Е.Н. Варсан

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМОЙ ЛЕКSIКЕ В ПРОЦЕССЕ РАБОТЫ С ТЕКСТОМ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ

Кафедра РЯЛНШ, ф-т ПиП, ПГУ им.Т.Г.Шевченко, г. Тирасполь, Приднестровье
Поликлиника №24, Адмиралтейский район, г. Санкт-Петербург, Россия
Кафедра биологии и физиологии человека, медицинский ф-т,
ПГУ им.Т.Г.Шевченко, г. Тирасполь, Приднестровье

Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования требует учета специфики при изучении русского языка, его нацеленности на реализацию задач будущей профессиональной деятельности выпускников. Под профессионально ориентированным обучением русскому языку на медицинском факультете понимают обучение, основанное на учете потребностей студентов в изучении русского языка, диктуемых особенностями будущей специальности. Термин «профессионально ориентированное обучение» употребляется для обозначения процесса преподавания русского языка как официального на медфаке, рассчитанного на чтение образовательной литературы, изучение узкоспециализированной лексики и терминологии и на деловое общение в сфере профессиональной деятельности.

«Одним из важнейших критериев практического овладения языком является индивидуально достигнутый уровень владения его словарём»,-пишет А.П.Величук, подчеркивая важность обучения студентов лексике русского языка и называя словарную работу основным средством предупреждения и преодоления лексических ошибок в их речи. Именно на предупреждение и преодоление типичных ошибок и направлена система работы, обусловленная следующими методическими приёмами: ознакомление, наблюдение, толкование, объяснение, сопоставление, анализ, обобщение, аналогия, трансформация, распространение, коррекция, описание, редактирование, дифференциация.

Вышеперечисленные приёмы дают студентам-медикам возможность осмыслить и понять слово как часть обусловленной системы. Опыт работы позволяет выделить группы лексических ошибок, появляющихся в речи студентов-медиков: *лексико-фонетические, лексико-семантические, лексико-морфологические, лексико-фразеологические, лексико-синтаксические и лексико-словообразовательные*. Система работы, согласно названной классификации ошибок, может быть представлена следующими типами упражнений:

1. направленными на устранение и предупреждение фонетических ошибок;
2. направленными на предупреждение лексических, морфологических, орфографических, пунктуационных ошибок;
3. направленными на изучение синтагматических связей слов (сочетание главного слова с зависимым);

4. предполагающие предупреждение ошибок словотворчества и формирование знаний профессионально значимых деривационных признаков слова.

Содержание курса «Русский язык как официальный» на медицинском факультете включает опыт комплексного анализа текста, основанного на единстве языкового, лингвистического, культурологического аспектов.

Тексты снабжены пред-, при- и послетекстовыми заданиями. В совокупности с текстами других тем они обеспечивают систему учебной аудиторной работы по языковой подготовке студентов в клинической практике, способствуют выработке форм устной и письменной коммуникации.

Студенты медицинского факультета с большим интересом воспринимают содержание и анализ текстов профессиональной направленности, осознанно подходят к семантизации медицинских терминов и их усвоению.

Представленный в данной работе практический материал отражает процесс работы с текстом по специальности при обучении студентов – медиков профессионально значимой лексике.

Тема занятия: «Как помочь при инсульте»

I. Предтекстовые задания.

Прочитайте предложения, вставьте недостающие знаки препинания. Объясните пунктуацию.

1. Если артериальное давление не контролировать то вероятность возникновения инсульта возрастает в четыре раза при давлении выше 150/95 мм а при давлении более 200/ 115 мм ртутного столба этот риск увеличивается в 10 раз.

2. Вредят нашим сосудам также сидячий образ жизни и гиподинамия нехватка физической нагрузки хронические стрессы нервные и физические перегрузки.

3. Риск возникновения инсульта повышают атеросклероз и повышенный уровень холестерина в крови сердечная аритмия сахарный диабет курение и употребление спиртных напитков; применение оральных контрацептивов особенно женщинами в возрасте старше 40 лет.

4. Настойка диоскореи кавказской которую в народе называют кавказским женьшенем уменьшает образование и отложение липидов в сосудах снижает уровень холестерина и артериальное давление расширяет периферические сосуды.

5. Плоды софоры японской содержат до 25% рутина который снижает уровень холестерина в крови а в сочетании с омелой белой её применяют для лечения гипертонии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы для снижения ломкости капилляров что особенно важно после инсульта.

6. Настойки цветков каштана конского хорошо разжижают кровь препятствуют образованию тромбов.

7. Часто причиной инсульта становится склероз кровеносных сосудов головного мозга поэтому хорошим противосклеротическим действием обладают красный клевер и чеснок.

8. Стресс понятие которое ввел в медицину более 70 лет тому назад знаменитый канадский врач и биолог Ганс Селье определив его как состояние напряжения возникающее под влиянием каких - либо сильных воздействий.

9. Надо постоянно помнить что выбор успешной терапии дело лечащего врача который вырабатывает индивидуальную схему лечения пациента подбирает препараты по их совместимости и показаниям.

1. Найдите в предложениях медицинские термины, выпишите их вместе с зависимыми словами. Определите вид подчинительной связи (*согласование, управление, примыкание*).

2. Подберите синонимы к словам **пациент, врач, склероз, профилактика, инсульт, гиподинамия**. Составьте словосочетания.

3. С помощью Толкового словаря найдите источник и значение слов **ишемия, геморрагия, тромб, гипертония, атеросклероз, диабет, фибрилляция, кардиолог, липиды, антиагреганты, антикоагулянты, ингибитор**. Составьте 5-6 предложений (устно).

4. Подберите словообразовательные цепочки к словам **врач, разрыв, прилегающие, чувствительность, восстановить**. Составьте предложения.

5. Просклоняйте словосочетания **первые симптомы, тромболитические препараты, летальный исход**.

Говорим правильно:

инсУльт, закУпорка, закУпоренный, закУпоривать, закУпоривание, параллИч, жЕлчь, и жЁлчь, жЕлчный и жЁлчный, компьУтер [тэ], компьУтерная [тэ] томогрАфия, ворОтная вена, кистА, нет кистЫ, кистАм, кистЫ сальника, замаскирОванное протекание болезни, шпрИцы, со шпрИцами (профес. у меди-ков: ед.число- нет шприцА, мн.число шприцЫ, шприцОв), лЁгочные больные, в лЁгочной ткани, плазма крОви (родительный и дательный надежи) дО крови и до крОви (расшибить, натереть), но: на кровИ (на месте убийства-храм на кровИ), клясться на кровИ, хороших кровЕй, Опухолями, Опухолей, пневматОракс.

II. Притекстовые задания.

Прочитайте первый абзац текста. Как вы думаете, почему инсульт часто называют «убийцей №1 в мире»? Чем он так опасен?

Инсульт часто называют «убийцей №1 в мире». Если в головном мозге происходит разрыв сосуда и кровоизлияние –это **геморрагический инсульт**. Но гораздо чаще случается **ишемический инсульт** с его крайне опасной разновидностью - **кардиоэмболическим инсультом**. Что это за болезнь и какими средствами борьбы с ней располагает медицина?

Любой инсульт-это результат нарушения мозгового кровотока. Только при геморрагическом инсульте нарушение кровотока происходит по причине разрыва одного из мозговых сосудов и кровоизлияния в прилегающие области мозга, а при ишемическом инсульте, называемом также «инфарктом мозга»,- вследствие закупорки кровеносного сосуда. Чаще всего случаются ишемические инсульты, когда артерия, несущая кровь к мозгу, закупорена тромбом или сжата. В этом случае клеткам мозга не хватает кислорода, и они в течение нескольких минут погибают, если соседние артерии не смогут переправить кровь в мозг. При таком виде инсульта возможны паралич, нарушения речи, выраженные психические отклонения. При геморрагическом инсульте происходит разрыв стенки артерии, кровь разливается по ткани мозга и его клетки гибнут от недостатка кислорода.

Какие симптомы должны нас навести на мысль о возможном инсульте и заставить немедленно обратиться к врачу?

Первыми признаками инсульта являются:

- Внезапное онемение или слабость мышц лица, руки или ноги, особенно с одной стороны тела;
- Затруднения речи или восприятия речи, текста;
- Резкое ухудшение зрения одного или обоих глаз;
- Нарушение координации движений, шаткость походки, головокружение;
- Резкая и необъяснимая головная боль.
- Если у вас возникли подозрения, что у человека инсульт, попросите показать его вам обе руки сразу двумя руками-он не сможет этого сделать с одинаковой силой. Или попросите его улыбнуться-улыбка будет кривая, односторонняя.

При появлении этих признаков необходимо немедленно вызвать «Скорую помощь»! Чрезвычайно важно при возникновении инсульта обратиться к врачам в течение первых двух-трёх часов. В этом случае медицинская помощь будет оказана своевременно и сможет предотвратить самые *тяжелые последствия инсульта*. Чем дольше нарушен кровоток, тем больше площадь поражения. Это состояние опасно для жизни. В 20-25% случаев кардиоэмболический инсульт приводит к летальному исходу. А среди переживших острое состояние четверть погибает от повторного инсульта или от других причин в течение года.

На прогноз в первую очередь влияет то, насколько быстро человек получил медицинскую помощь. Критически важно, чтобы пациент попал в больницу в течение первых полутора часов после развития инсульта. Поэтому необходимо знать признаки инсульта и при малейшем подозрении сразу же вызвать «Скорую помощь». Не пытайтесь отвезти пациента в больницу на такси или в собственном автомобиле - это может закончиться печально. Инсульт требует квалифицированной медицинской помощи.

Восстановление после кардиоэмболического инсульта очень зависит от объёма зоны поражения мозга, поэтому заранее предсказать последствия нельзя. Самое главное при инсульте - как можно скорее восстановить кровоток. Это можно сделать в острый период только быстрым (***в течение полутора - трёх часов с момента появления первого симптома***) введением тромболитических (растворяющих тромбы) препаратов. Если это было сделано, то при качественно проведенной реабилитации шансы на восстановление довольно велики. Но, к сожалению, так бывает редко.

Распознавание инсульта порой затягивается, да и обращаются пациенты и их родственники за помощью слишком поздно. Если в острой фазе мы с активной помощью опоздали, то многое зависит от случайности - от того, какая зона мозга поражена, а также от эффективной реабилитации.

Самая главная функция родственников пациента, который перенес инсульт, - это забота о нём.

Первый инсульт можно предотвратить, по крайней мере, существенно снизить риск его развития. И здесь тоже очень велика роль близких людей. Если па-

циент страдает гипертонией, нарушением липидного обмена (*атеросклерозом*), если он находится под воздействием таких факторов риска, как избыток веса, сахарный диабет и особенно мерцательная аритмия (*фибрилляция предсердий*), то он обязательно должен принимать назначенные врачом лекарственные средства. В частности, препараты, контролирующие артериальное давление при гипертонии, сахар в крови при сахарном диабете, а также средства, разжижающие кровь при фибрилляции предсердий. А родственникам необходимо убеждать своих больных близких, что именно это может защитить их от инсульта в будущем.

Нет никаких исследований, из которых бы следовало, что умственная нагрузка влияет на возможность развития инсульта. Зато доказано, что дозированные физические нагрузки, включая продолжительную ходьбу, бег трусцой, регулярную игру в теннис или плавание, способны защитить от инсульта в будущем.

Требуется соблюдать режим. Но для эффективной профилактики повторного инсульта (вторичной профилактики) этого недостаточно. Необходима медикаментозная терапия, которую нужно принимать постоянно. Причем приём препаратов должен происходить под наблюдением кардиолога, так как кардиологические препараты - единственная группа лекарственных средств, оказывающих достоверное влияние на пациентов, т.е. на прогноз заболевания.

Как и при первичной профилактике, здесь используются антигипертензивные препараты (*снижающие высокое артериальное давление*) и, статины (*препараты, нормализующие липидный спектр*), а для пациентов с фибрилляцией предсердий - еще средства антитромботической терапии (*антиагреганты или антикоагулянты*). У них есть общее свойство: и те и другие снижают вероятность образования тромбов. К антиагрегантам, в частности, относится всем известный *аспирин*. Однако при фибрилляции предсердий (*мерцательной аритмии*) аспирин с целью профилактики инсульта можно назначать только при отсутствии сопутствующих факторов риска. Но так бывает достаточно редко - в основном у молодых пациентов с мерцательной аритмией.

Во всех других случаях для профилактики инсульта при фибрилляции предсердий назначают антикоагулянты. Наиболее известным из них является антагонист витамина К - препарат с полувековой историей. Он достаточно эффективен, но порой его не назначают даже тем пациентам, кто в нём нуждается, из-за его особенностей и сложностей применения. (По Д.Напалкову).

III. Постлестекстовые задания.

- Определите тему, основную мысль текста, найдите ключевые слова.
- Укажите тип речи текста и стиль. Выделите абзацы, содержащие наиболее важную информацию. Составьте план.
- Озаглавьте текст по-своему.
- Подумайте и ответьте: какие виды инсультов различаются в медицине?

Поразмышляем над прочитанным:

1. Что такое геморрагический инсульт? Чем он опасен?
2. Что такое кардиоэмболический инсульт? В чём его отличие от геморрагического инсульта?
3. Каков, по – вашему, прогноз этого заболевания?

4. Как, на ваш взгляд, распознать инсульт? Каков основной признак?
5. Почему людям необходимо знать признаки инсульта? Что надо делать при малейшем подозрении на инсульт?
6. Каковы шансы на восстановление больного после кардиоэмболического инсульта?
7. Как вы считаете, что является самым главным при инсульте? Что следует делать, чтобы качественно провести реабилитацию больного?
8. Могут ли родственники больного пациента реально помочь ему восстановиться? Что от них требуется?
9. Можно ли, по – вашему, предотвратить первый инсульт?
10. Как вы считаете, способствует ли развитию инсульта интенсивная умственная нагрузка, особенно в старости?
11. Как вы думаете, что следует делать, чтобы избежать повторного инсульта?
12. Что такое *антиагреганты* и *антикоагулянты*? В чем состоит их общее свойство?
13. Как следует питаться пациентам, перенёсшим инсульт?
14. Есть ли, по-вашему, различие в профилактике разных видов инсульта?
15. Как следует жить, чтобы избежать инсульта?

IV. Задания по тексту.

Продолжите предложения:

1. Одной из разновидностей ишемического инсульта....
2. Если фрагмент тромба отрывается и с током крови...
3. В 20-25% случаев кардиоэмболический инсульт...
4. Критически важно, чтобы пациент...
5. Если у вас возникли подозрения, что у человека инсульт...
6. Восстановление после кардиоэмболического инсульта...
7. В течение 1,5-3 часов с момента появления первого симптома...
8. Если пациент страдает гипертонией...
9. Факторами риска инсульта являются такие заболевания, как...
10. Кардиологические препараты – единственная группа лекарственных средств...
11. Антиагреганты и антикоагулянты...
12. Для полноценной профилактики...

V. Самостоятельная работа

1. Составьте связный текст из данных ниже предложений

ВАРИАНТ А

1. При этом только в руке спастичность выявляется у 15 % пациентов, только в ноге -18 %, одновременно в руке и ноге - у 67 %.
2. Одной из основных причин ограничения повседневной активности пациентов, перенёсших инсульт, являются двигательные нарушения, представленные спастическим парезом.
3. Данный феномен в течение первого года после инсульта встречается с частотой от 17 до 43 %.
4. Наряду со слабостью при спастическом парезе отмечают повышение тонуса мышц по типу спастичности (*от греч. spastikos-стягивающий*).

5. В течение первого года после инсульта степень пареза, как правило, снижается; при этом частота спастичности может нарастать: по данным ряда исследований, через 3 месяца после инсульта спастичность выявлялась у 19 % больных, а через 12 месяцев у 21-39 %.

6. Показательно, что наличие спастичности снижает функциональную активность пациентов по сравнению с таковой у лиц без спастичности при одинаковой степени пареза.

(ж. «Врач»).

ВАРИАНТ Б

1. Нарушения венозного кровообращения встречаются при многих заболеваниях нервной системы.

2. Инфекционные и токсичные поражения головного мозга (ГМ), эпилепсия, последствия черепно-мозговых травм и др. часто сопровождаются венозными нарушениями.

3. Затруднение венозного оттока из полости черепа нередко связано с сердечной, лёгочной, лёгочно-сердечной недостаточностью, а также со сдавлением вне - и внутричерепных вен в связи с разными патологическими процессами.

4. Изменение венозного кровообращения - один из важных патогенетических механизмов развития сосудистых заболеваний головного мозга.

5. Регионарные изменения тонуса внутричерепных вен приводят к венозному застою и нарушению мозгового кровообращения при вегетососудистой дистонии, атеросклеротическом поражении сосудов мозга, артериальной гипертензии и гипотензии, шейном остеохондрозе и других состояниях.

6. В формировании внутричерепного венозного застоя участвуют дистония и гипотония вен мозга.

(ж. «Врач»).

· Прочитайте собранные вами тексты.

В ходе чтения выпишите новую для вас информацию. Предельно кратко сформулируйте основную мысль каждого текста. Укажите медицинские термины, дайте толкование. Используйте Толковый словарь.

· Выпишите информацию:

- из варианта А- о наличии двигательных нарушений, представленных спастическим парезом;
- из варианта Б - о последствиях регионарных изменений тонуса внутричерепных вен.

2. Спишите текст, вставьте пропущенные буквы, раскройте скобки. Сгруппируйте орфограммы.

1. При первых призн...ках инсульта нужно вызвать «Скорую помощь».
2. До пр...езда медиц...нской бригады б...льного надо удобно ул...жить в постель, освоб...дить одежду для свободного дыхания, голову пр...поднять и обл...жить пузырями со льдом или х...лодным компрес...ом.
3. Если б...льной сп...собен гл...тать, дать ему усп...коительное средство, следить (за) тем, что(бы) (не) запал язык.

4. Нельзя давать больному никаких лекарственных препаратов от сердечных спазмов, так как в этом случае они могут только усугубить ситуацию; нужно дать ему глицерин (не более 10 таблеток), если он может глотать.

5. На затылочную и темению область положить пузыри со льдом или хотя бы мокрое холодное полотенце.

6. К ногам, наоборот, положить грелку или горчичники, а можно погрузить ноги в горячую воду, чтобы вызвать отток крови от головы.

7. При потере сознания человеку показаны кровопускания.

8. В домашних условиях их можно (з,с)делать продезинфицированным ой на огне или в спирте иголкой.

9. Нужно проложить подушечки пальцев на руках до появления нескольких капель крови, чтобы вышла вся темная кровь....

10. Больной после такой процедуры может прийти в себя, а его состояние стабилизирует....

11. Если (же) наблюдает асимметрию лица, то следует тщательно и энергично растереть ему ушные раковины руками, а затем проложить мочку, что выступила кровь...

12. Прокол делают в любом месте, это действие призвано снять напряжение в участке мозга, подвергнувшегося атак-инсульта.

13. Когда острые явления останутся (по)зади, можно применить и народную медицину.

14. Пока у больного болит голова, (крово)излияние может повториться, если (же) головные боли пройдут, следует растереть парализованные части тела растиркой.

15. Хорошо растереть эфиром (одна часть спирта на две части растительного масла).

16. Для предупреждения повторного инсульта полезно принимать растительные средства (в виде настоев, настоек (каштан конский, доник лекарственный жёлтый, барвинок красный, клевер малый, сок чеснока и др.).

VI. Речевые ситуации.

На приёме у врача.

– Вы-врач-кардиолог. Расскажите своим больным о причинах патологии сосудов.

– Вас приглашают на телепрограмму «Здоровье» в качестве врача-кардиолога. Проконсультируйте граждан о том, как нужно себя вести при первых признаках инсульта.

– Вы-врач-ангионевролог. Расскажите корреспонденту радиопрограммы «Здоровый образ жизни» о том, что увеличивает риск развития инсульта.

– Вы-врач-ангионевролог. У вас на приёме родственники вашего больного. Дайте им рекомендации по его дальнейшему восстановлению в домашних условиях.

Вывод:

Учебно-профессиональная сфера в процессе обучения является доминирующей. Студент-медик должен приобрести умения и навыки, необходимые для:

слушания, понимания, а также записи лекций; воспроизведения монологического высказывания на практических занятиях, зачётах; ведения диалогов (преподаватель - студент, студент - студент); работы со специальной литературой по дисциплинам; составления конспектов, тезисов, рефератов и др..

Профессиональная направленность обучения пронизывает весь учебно-воспитательный процесс и определяется как тематикой и содержанием учебного материала, так и формированием и развитием умений в области профессионально значимых видов речевой деятельности на русском языке. Это готовит выпускника к применению его в тех сферах общения, которые связаны с решением профессиональных задач.

Литература:

1. Величук А.П. «Совершенствование словарной работы как основная предпосылка предупреждения и преодоления лексических ошибок//Лексические ошибки в русской речи учащихся национальных школ РСФСР». Сб. научных трудов. Отв. ред. Х.Х.Сукунов, М., 1984. С.5.

2. Гетманская Г.И., Лесникова Р.И., Гарбуз Л.И. От Асклепия до наших дней. Текст на занятиях по русскому языку. Учебное пособие для студентов медицинского факультета: часть 1- Тирасполь: «NOMUS Антропос», 2013. 140с.

3. Популярная медицинская энциклопедия, Гл. ред. акад. Б.В.Петровский, 2-е издание. М Советская энциклопедия, 1987.с.266.

4. Лечебные письма №9 (273) май 2013. с.18-19.

5. Катушкина Э.; Зиновьева О. «Постинсультная спастичность: современное состояние. Проблемы, методы лечения». ж. «Врач» № 4/2014 г с.8-11.

6. Пизова Н. «Венозное кровообращение головного мозга: диагностика и принципы терапии». ж. «Врач» №4/2015г с.7-10.

7. Материалы периодической печати о медицине.

Ю.Г. Завтур

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ г. БЕНДЕРЫ ЗА 1989–2015 гг.

ГУ «Бендерского центра амбулаторного поликлинической помощи»,
кабинет инфекционных заболеваний
г. Бендеры, Приднестровье

Введение. В настоящее время в мире наряду с постоянным увеличением общего количества лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), растет и число больных, страдающих различными – оппортунистическими заболеваниями и имеющих злокачественную стадию ВИЧ-инфекцию-стадию СПИД-а. Начиная с 1989 г и в течение последних 26 лет в г. Бендеры, как и в других районах и городах Республике сохраняется ежегодный рост ВИЧ – инфицированных и количества летальных исходов среди них.

Цель настоящей работы состоит в определении возрастной структуры умерших, продолжительности жизни с ВИЧ - инфекции, сроки диспансерного наблюдения, частота выявленных вторичных и оппортунистических заболеваний явившихся причиной летальных исходов у больных ВИЧ – инфекцией, в характеристике основных патоморфологических изменений органов.

Материалы и методы.

Для достижения данной цели были использованы:

Отчет работы Центра по борьбе со СПИД -ом и инфекционными заболеваниями г. Тирасполь за 2008 - 2014 гг. Отчет работы кабинета инфекционных заболеваний ГУ «Бендерского центра амбулаторного поликлинической помощи» за 1989 -2015гг. Журналы регистрации выявленных лиц с ВИЧ – инфекции с 1989 г. по г. Бендеры.

Медицинские амбулаторные карты умерших с ВИЧ – инфекции за 1989 -2015 гг.

Журнал регистрации причины смерти по отделение патморфологии центральной городской больнице г. Бендеры с 1989г. Использованы в работе результаты анализов иммуноферментный тест «Elisa», тест «Western Blot», маркеры вирусных гепатитов:

В, С, биохимические анализы, литература.

Результаты обсуждения. С 1989г по 2015г(на 01.10.15г) по г. Бендеры было зарегистрировано 479 ВИЧ - инфицированных лиц , из них с летальным исходом – 125 (26%) случай. Распределение летальных исходов по годам: 1986г-1; 1989г -1; 1993г- 1; 1996г- 1; 1998г -4; 2000г- 3; 2001г-1; 2002г -2; 2003г- 6; 2004г- 4; 2005г – 4; 2006г- 5; 2007г-9; 2008г -3; 2009г -8; 2010г -9; 2011г -15; 2012г -10; 2013- 18; 2014г -16; 2015г - 4. (на 01.10. 2015г). Как видно количество умерших пациентов распределено неравномерно по годам, что связано с эпидемиологическими особенностями распространения ВИЧ – инфекции в городе. Возрастная структура умерших: 15-20 лет – 1,8%; 21-25 лет - 4,7% ; 26-30 лет - 18% ; 31-35 лет - 28,8% ; 36-40 лет - 18% ; 41-45 лет – 12,2% ; 46-50 лет -4,7% ; 51-55 лет - 7,5% ; 56-60 лет - 5,6% . По полу: 67,2 % мужчин , 30,4 %) - женщины Летальность было зарегистрирована во всех возрастных группах, но чаще в возрасте до 40 лет, составляет 65,8% случай. Из 125 случай, взяты на диспансерный учет в течение первого года после лабораторного подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции в 77,6 % случай; в течение второго года – 20,8 % случай ; в течение третьего года – 1,6% случай. В 20% случай был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции одновременно с датой смерти ; 48,8% случай - умерли в течение первого года.; 8% - в течение второго года; 8,8% - в течение третьего года ; 9,6 % - умерли на 4-6 году жизни ; 3,2% - умерли на 7-9 год. Двое ВИЧ-инфицированные прожили 13 лет, по одному году – 12лет и 15 лет. Диагноз СПИД из 97 случай был поставлен в 18 % случай - одновременно с датой смерти, в 36,1 % случай - СПИД развился в течение года; 16,0 % в течение 2 лет ; 11,7% в течение 3 лет; 5,3% - в течение 4 лет ; 6,3% - в течение 6 лет ; 3,1% - СПИД развился через 7 лет, у одного через 10 лет. Причин летальных исходов за 1989 г. - 2015г: Ко - инфекция туберкулеза / ВИЧ - 36,8%; Вирусный гепатит С печеночная недостаточность - 30,4%; Сепсис

- 9,6%; Группа ВИЧ –энцефалитов - 6,4%; Пневмонии – 4%; Генерализованная кандидозная инфекция - 1,6%; Лимфомы – 2,4%; Токсоплазмоз - 2,4 % . ; Другие, прочие заболевания – 5,8 % ; Неизвестно - 2,4%. Анализ причин умерших за 1989г. по 2015г разделены на три периода : Первая волна начинается с 1989г по 1999г. выявлено ,что характерно медленное увеличение количества летальных исходов в год. Подавляющее большинство погибших пациентов были мужчинами, зараженными путем гомосексуальных половых контактов. Вторая волна с 2000г – 2010г. было зафиксировано увеличение количества летальных исходов за счет проникновения ВИЧ в среду потребителей инфекционных наркотиков и лиц низкого социального – экономического статуса (в том числе ,находившихся в местах заключения),страдавших туберкулезом. С 2004г по 2010г. гибели ВИЧ – инфицированных пациентов была обусловлена не столько «далеко зашедшей» ВИЧ – инфекцией и наличием оппортунистических заболеваний , сколько развитием тяжелым генерализованных бактериальных инфекций в группе инфекционных наркоманов или прогрессированием туберкулеза в группе больных, относительно заразившихся ВИЧ. Наконец , третья волна летальных исходов наступившая с 2011г. и продолжается в настоящее время связанна с большими количеством впервые выявленных больных ВИЧ – инфекцией уже на стадии СПИД – а, имеющих глубокую иммуносупрессию и страдающих тяжелыми оппортунистическими заболеваниями , в том числе туберкулезом. В 2013-2014гг. среди всех умерших больных ВИЧ-инфекцией почти половина 39,2% приходится на последние три года. В структуре вторичных заболеваний ведущую роль играл туберкулез, частота которого среди погибших больных составила 36,8%. Туберкулез в подавляющем большинстве случаев имел генерализованный характер и нередко протекал по типу туберкулезного сепсиса с вовлечением в патологический процесс 5 - 6 органов, чаще всего лимфатических узлов, легких, печени, селезенки, почек, сердца, кишечника, головного мозга. Второе место по частоте выявления у погибших больных, связанных с развитием бактериального сепсиса у ВИЧ-инфицированных лиц, использовавших внутривенные наркотические препараты . Так, если в 1991 и 1997 гг. данная патология не была диагностирована посмертно ни у одного больного, то с 1998 по 2002гг. – 4,8%, начиная с 2003 г. доля погибших больных от сепсиса составила 0,5 % случаев. В дальнейшем, частота выявления бактериального сепсиса среди погибших больных снижалась до 0,2% – в 2010 г, с 2011г по 2015г не выявлено. При развитии сепсиса чаще всего имел место смешанный право- и левосторонний эндокардит с поражением как клапанных структур, так и пристеночного эндокарда. Во всех случаях течение заболевания осложнялось тромбобактериальной эмболией с развитием множественных метастатических пиемических очагов и инфарктов. Третье место в структуре вторичных патологий у погибших ВИЧ- инфекции - это употребления внутривенных наркотиков, подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных пациентов страдает хроническим гепатитом С (ГС). Известно, что ГС у больных ВИЧ-инфекцией течет более злокачественно, и срок от заражения вирусом ГС до развития цирроза печени составляет не более 8- 9 лет . У ВИЧ -инфицированных пациентов г.Бендеры длительность заболевания

ГС в большинстве случаев составляет уже не менее 5 – 6 лет (лица, использующие наркотики, инфицируются вирусом ГС, как правило, раньше, чем ВИЧ). Следствием этого является существенное увеличение в последние два года количества случаев декомпенсированного цирроза печени как причины летального исхода у больных с начальными стадиями ВИЧ-инфекции. В абсолютном большинстве циррозы были обусловлены прогрессированием гепатита С в сочетании со злоупотреблением алкоголем на фоне основного заболевания – ВИЧ-инфекции. Если до 2000г. случаев гибели пациентов от декомпенсированного цирроза печени приходилось только 0,9%, то в 2005г. на больных циррозом печени приходится 4,7%, а в 2011 г. - 8,9% ; 2013-10,2% г летальных исходов. В ближайшие годы можно прогнозировать дальнейшее существенное увеличение частоты циррозов печени вирусной этиологии как непосредственной причины летального исхода у ВИЧ-инфицированных лиц на ранних стадиях основного заболевания. Острые бактериальные пневмонии (часто смешанной этиологии) были диагностированы 4% случая . У больных ВИЧ-инфекцией, имеющих выраженную иммуносупрессию, пневмонии носили рецидивирующий, агрессивный характер с осложнениями в виде множественных абсцессов, гнойного плеврита, эмпиемы и диафрагматита и развитием вторичного менингита. Характерным для ВИЧ-инфекции является развитие у больных молодого возраста злокачественных новообразований, которые имели место 2,4% случаев. Среди опухолей за последние годы преобладали злокачественные лимфомы. ВИЧ способен первично поражать центральную нервную систему. Группа ВИЧ-энцефалитов и хронических энцефалитов не уточненной этиологии составила 8,8% случаев. В последние годы среди пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечается выявлено 2,4% случаев токсоплазмоза, который выявлен при жизни в 2013 – 2014гг. У пациентов, страдавших токсоплазмозом, обращала на себя внимание полиорганность патологического процесса с необычно глубоким разрушением пораженных органов: легких, сердца, печени, селезенке. При генерализованной кандидозной инфекции, имевшей место в 1 ,6% наблюдениях на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, чаще всего наблюдали тяжелое поражение легких, пищевода, оболочек головного мозга и сердца.

Выводы : В результате проведенного анализа за 1989 -2015гг было установлено:

1. Летальность была зарегистрирована во всех возрастных группах, 65% составили лица в возрасте до 40 лет. Среди погибших больных 67,2% были мужчинами.
2. Среднее продолжительность жизни с момента лабораторного подтверждения ВИЧ - инфекцию 2 года, составляет 56,8%. Диагноз СПИД – установлен с датой смерти и развивался в течение года в 52,5% случая.
3. Среди всех умерших больных ВИЧ-инфекцией почти половина 39,2% скончалась в последние три года, что позволяет прогнозировать дальнейшее ежегодное увеличение количества летальных исходов, связанных с ВИЧ-инфекцией, а также связано с позднего обращения пациентов в специализированные медицинские учреждения.

4. С 2003г. по настоящее время туберкулез является ведущей причиной летального исхода у больных ВИЧ-инфекцией в г. Бендеры. Частота туберкулеза среди погибших больных за период наблюдения составила 36,8%.

5. Токсоплазмоз, служивший причиной смерти 2,4% больных ВИЧ-инфекцией, часто носит характер острого генерализованного заболевания и протекает не только с поражением головного мозга, но и легких, печени, селезенки, сердца.

6. С 2007 г. отмечено существенное уменьшение числа летальных исходов, связанных с развитием сепсиса у пациентов на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, употреблявших внутривенные наркотические вещества.

7. Последние два года характеризуются увеличением случаев декомпенсированного цирроза печени как причины летального исхода у больных, имевшие начальные стадии ВИЧ-инфекции. В абсолютном большинстве случаев циррозы были обусловлены прогрессированием гепатита С в сочетании со злоупотреблением алкоголем на фоне основного заболевания.

8. Характерной чертой для больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции является генерализованный характер оппортунистических заболеваний, частое наличие нескольких тяжелых инфекционных патологий.

Литература:

1. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень №25 ФНМЦ ПБ СПИД / Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е. В., Буравцова Е. В. – Москва, 2003. 30 с.
2. Пархоменко Ю.Г., Тишкевич О.А., Шахгильдян В.И. // Арх. пат., 2003.-Т.65, №3.-С. 24–29.
3. Цизерлинг В.А., Комарова Д.В., Васильева М.В., Кареев В.Е. //Арх. пат., 2003.-Т.65, №1.-С. 42–45.
4. Покровский В. В., Ладная Н. Н., Соколова Е. В. Динамика эпидемии ВИЧ-инфекции в России в 2002 г. // ВИЧ-инфекция, инф. бюллетень, 2003. №26.

С.В. Коцуг, В.Е. Наку

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОЛИЗА В ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНЫХ ПЛАСТИНОК (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Государственный Университет Медицины и Фармации «Николай Тестемичану»,
Кафедра Топографической анатомии и Оперативной хирургии
Лаборатория тканевой инженерии
г. Кишинёв, Р. Молдова, stanislav.cosciug@usmf.md

Summary: Electrolisis in bone plates demineralization (preliminary results)

Musculoskeletal allografts are often used in reconstructive surgery. Musculoskeletal Transplant Foundation reported more than 900 000 allografts used annually in the United States. Human bone allografts are used in 35% of all transplanta-

tion performed in traumatology and orthopedic. Structure and integration capabilities of allografts are different and depend on the structure of bone, as well as processing methods. Demineralized allograft have a better effect and faster osseointegration are replaced with their own bone tissue.

The aim: Develop a method of etching faster and allogenic bone graft effectively in various sizes for use in restoring bone defects and implement this method in practice of Human Tissue Bank.

Results and methods: For the study was used bovine compact diaphyseal bone (tibia). The bones were cut with saws, excluding their heating, bones were deperiostate washed under running water, dried and split into three groups according to the methods of demineralization. We got nine transplants - bone rings with \varnothing 4 cm and thickness $5 \text{ mm} \pm 2 \text{ mm}$. 3 specimens for demineralization in acid and 3 by electrolysis. Three grafts were cut by half to control. Each graft weighed $0.75 \text{ g} \pm 5 \text{ g}$. The acid solution was changed over every 24 hours. The demineralization was determined by X-ray.

Conclusions: complete demineralization of the bone through the electrolytic solution of 0.6 M HCl was obtained from the fourth day, and in the second sample was obtained from the complete demineralization the seventh day. Electrolysis is a method of accelerating the demineralization. It is necessary to continue studies and to evaluate the morphological changes that occur in bone demineralization by different methods.

Key words: decalcination, demineralization, bone allograft

Резюме: Использование электролиза в деминерализации костных пластинок (предварительные результаты)

Костномышечные аллотрансплантаты часто используются в реконструктивной хирургии. Бюро Костномышечных Трансплантатов США докладывает об использовании в операциях более 900 000 аллотрансплантатов в год. Костные аллотрансплантаты представляют собой 35% из всех трансплантатов используемых в Ортопедии и Травматологии. Структура и свойства интеграции аллотрансплантатов зависят как от структуры кости так и от методов подготовки самого трансплантата. Деминерализованные костные трансплантаты имеют быстрый эффект остеointegrации и быстрее замещаются собственной костной тканью.

Цель: разработать быстрый и эффективный метод деминерализации костных аллотрансплантатов различных размеров используемых для замещения костных дефектов и введение этого метода в практику Банка Человеческих Тканей.

Материалы и методы: для опыта были использованы бычьи диафизарные кости (большеберцовая кость). После депериостации кости были распилены ножовкой. После промывания проточной водой полученные пластинки были высушены и распределены на 3 группы согласно методам деминерализации. Мы получили 9 костных колец \varnothing 4 см и шириной $5 \text{ mm} \pm 2 \text{ mm}$. 3 экземпляра для деминерализации в кислоте, 3 для деминерализации методом электролиза и 3 экземпляра были распилены пополам для контроля. Каждая пластинка весила $5 \text{ g} \pm 0,75 \text{ g}$. Раствор кислоты HCl 0.6 N менялся каждые 24 часа. Степень деминерализации определялся методом рентгенографии.

Вывод: Полная деминерализация методом электролиза была выполнена на IV день, а вторая опытная группа только на VII день. Электролиз представляет

собой метод ускорения деминерализации. Важно продолжить исследование и определить морфологические изменения протекающие в кости при использовании различных методов деминерализации.

Ключевые слова: декальцинация, деминерализация, костные аллотрансплантаты

*А.И. Леорда, С.Н. Гараева, Г.В. Редкозубова,
Г.В. Постолати, Н.В. Коварская*

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АЗОТИСТОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНОГО БЛОКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Институт Физиологии и санокреатологии АН РМ,
г. Кишинев, MD, garaeva.47@mail.ru
ПГУ им. Т.Г.Шевченко, Кафедра биологии и физиологии человека,
г. Тирасполь, Приднестровье, leorda-ana64@mail.ru

There were identified the nitrogen metabolism indicators, particularly free amino acids in the blood serum of children diagnosed with epilepsy in remission. Analysis of the results showed that they have the expressed reduced content of amino acids in blood serum, reduction ratios of serine / ethanolamine, glutamine / ammonia, urea / ammonia and essential / nonessential amino acids, as well as a pronounced imbalance sulfur free amino acids, which allows them to be used as non-specific markers of this pathology.

Стратегия исследования составных компонентов блоков психического здоровья состоит в изучении врожденной предрасположенности организма к реагированию на социальную среду, психического отражения внутренней среды организма через его потребности, побуждения, ощущения, «блочной экстериоризации» психического здоровья, с целью выявления саногенной или аттенуированной активности блока [6]. В плане исследования патогенеза когнитивных расстройств выявлена роль гетеро- и полигенных наследственных факторов; обнаружены некоторые дисгенетические церебральные нарушения, которые, однако, не имеют специфических черт, поэтому выдвинуты гипотезы нейротрансмисмитерной и нейромодуляторной дисфункции [2]. Эпилепсия занимает третье место среди заболеваний нервной системы у детей и подростков, в 70% случаев дебютирует в детском возрасте, что объясняется тем, что незрелый головной мозг отличается повышенной судорожной готовностью. Особенностью эпилепсии у детей является влияние эпилептических приступов на развитие структур центральной нервной системы (ЦНС) и на формирование высших психических функций, что отражается в изменениях личностной сферы и функций, составляющих основу когнитивной деятельности (внимание, память, мышление) [3].

Актуальность проблемы нарушения когнитивной деятельности при детской эпилепсии определила целесообразность исследования аминокислотного

профиля сыворотки крови как показателя азотистого обмена у детей с установленным диагнозом эпилепсия.

Материалы и методы. Были проанализированы показатели азотистого обмена (ПАО), в частности, свободных аминокислот (САК) в сыворотке крови у детей с установленным диагнозом эпилепсия в период ремиссии. Обследованные дети были разделены на 2 группы: I группа – дети до 2 лет и II группа – дети от 3 до 8 лет. Показатели ПАО у здоровых детей этого возраста практически не различались, что дало основание объединить их в одну контрольную группу. Анализ материала проводился методом жидкостной хроматографии на аминокислотном анализаторе ААА 339М. Полученные данные обработаны с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов показал, что у детей с эпилепсией имеет место выраженная гипоаминоацидемия - суммарное содержание САК в сыворотке детей обеих возрастных групп снижено в 1,5 и 1,3 раза соответственно. А также снижено суммарное содержание ПАО по сравнению с контролем в 2,1 и 1,9 раза соответственно. Вместе с тем, анализ долевого распределения продуктов азотистого обмена (САК, аммиак, мочевины) в общем объеме ПАО показал, что доля САК у детей эпилептиков до 2 лет повышена в 1,4 за счет снижения содержания мочевины в крови в 1,9 раза. В крови детей старшей группы уровень САК повышен примерно также – в 1,5 раза, а мочевины снижен в 1,9 раза. На фоне выраженной гипоаминоацидемии это может свидетельствовать о наличии адаптационных процессов сохранения статуса САК в сыворотке крови. В тоже время доля аммиака в общем объеме ПАО значительно увеличена по сравнению с контрольной группой в 5,0 и 4,7 раза соответственно. Концентрация мочевины снижена в 4,1 и 3,8 раза соответственно в исследованных возрастных группах. Анализ соотношения *мочевина/аммиак* показал, что у больных детей обеих возрастных групп этот показатель уменьшается в среднем в 2,5 раза, что свидетельствует о снижении способности гепатоцитов синтезировать мочевины, а также о значительном увеличении содержания свободного аммиака в крови (в 2,4 раза в обеих группах). Это оказывает повреждающее действие на клетки мозга и способно провоцировать судороги у детей. Кроме того, такое высокое содержание аммиака может инициировать развитие энцефалопатии, что подтверждает концепцию эпилептических энцефалопатий [2].

У детей с эпилепсией так же достоверно снижено содержание незаменимых (в 2,3 и 1,5 раза соответственно), заменимых (в 1,2 раза в обеих возрастных группах), иммуноактивных (в 1,4 и 1,1 раза), кетогенных (в 2,2 и 1,6 раза) свободных аминокислот.

Анализ аминокислотного профиля крови детей с эпилепсией показывает, что наиболее значительно снижена концентрация аспартата (в 2,1 и 1,9 раза соответственно), треонина (в 2,6 и 1,6 раза), аспарагина (1,9 и 1,6 раза), глутамата (1,5 и 1,8 раза), глутамина (в 1,2 и 2,7 раза), фенилаланина (в 1,7 и 1,6 раза), триптофана (1,1 и 1,8 раза), лизина (в 3,0 и 1,7 раза), аргинина (в 2,0 и 1,8 раза) и особенно гистидина (в 3,7 и 2,7 раза). Гистидин в организме превращается в гистамин, который обладает нейротрансмиттерной функцией.

Далее, нами было обнаружено снижение содержания дикарбоновых аминокислот, пониженная концентрация которых в сыворотке крови больных детей может свидетельствовать, во-первых, о недостаточном энергетическом обеспечении мозга, а во-вторых, о возможном наличии энцефалопатии. Это в нашем исследовании подтверждается достоверным увеличением содержания аммиака в крови и снижением индекса *глутамин/аммиак* с величины $2,17 \pm 0,41$ у здоровых детей до $0,85 \pm 0,41$ у детей до 2 лет и $0,34 \pm 0,11$ у детей 3-8 лет. Надо отметить, что, с возрастом у детей с эпилептическим синдромом увеличивается уровень серосодержащих САК, которому сопутствует дисбаланс их индивидуальных концентраций. Так, если значительно повышен уровень цистеиновой кислоты (в 2,7 и 5,6 раза) и цистеина (в 2,9 и 2,5 раза), то метионин достоверно снижен (в 1,4 и 1,5 раза), а таурин снижается в 1,6 раза у детей старшей возрастной группы по сравнению с контролем. Дефицит таурина приводит к угнетению Na^+ -, K^+ -, Mg^{2+} -зависимой АТФ-азной активности, следовательно, ухудшаются условия для поляризации мембран, создаются возможности для эпилептогенеза [5]. Интересно, что концентрация гомоцистеина, являющегося продукта обмена серосодержащих САК, у детей старшей возрастной группы с диагнозом эпилепсии превышает норму в 1,5 раза, что является маркером окислительного стресса, который играет важную роль в процессах эпилептогенеза. Содержание ГАМК в крови больных эпилепсией также с возрастом увеличивается по сравнению с контролем в 2,1 раза. В настоящее время широко распространена «ГАМК-теория» эпилептогенеза, согласно которой недостаточность ГАМК-ергического воздействия способствует перевозбуждению нейронов, а также формированию эпилептического очага [4]. Большой интерес вызывает возможное участие глицина в эпилептогенезе. Как и ГАМК, он ингибирует нейрональную активность на всех уровнях ЦНС, но максимально в спинном мозге и мозговом стволе. Концентрация глицина у детей с эпилепсией с возрастом увеличивается в 1,2 раза у детей младшей группы, и в 1,4 раза у детей старшей возрастной группы). Нами выявлено стойкое увеличение содержания этаноламина (в 1,4 и 1,9 раза соответственно), на фоне разнонаправленных изменений серина (снижение в 1,5 раза у детей до 2 лет и увеличение в 1,3 раза у детей 3-8 лет). Накопление в крови этаноламина может быть связано с дефектом синтеза фосфатидилэтаноламина вследствие снижения активности этаноламинкиназы, осуществляющей эту реакцию. При нарушениях метаболизма серина отмечены некоторые клинические проявления неврологических поражений, в частности, психомоторной задержки, характерных для эпилепсии. Это соотносится с выявленным в нашей работе снижением соотношения *серин/этаноламин* с $6,32 \pm 0,75$ в контрольной группе до $3,11 \pm 0,71$ у эпилептиков младшей группы и $4,35 \pm 1,13$ в старшей группе. Результаты наших исследований, позволяют предположить, что нарушения метаболизма САК в частности, дикарбоновых, серосодержащих, нейромедиаторных аминокислот, а также САК орнитинового цикла, влияют на развитие дисфункции структур мозга [1].

Выводы. Сравнительный анализ изменений профиля САК в сыворотке крови показывает, что они более значительны у детей 3-8 лет. Этот факт под-

тверждает накопление метаболических нарушений в организме детей старшей возрастной группы, что обуславливает известную статистику увеличения процента проявлений клинических признаков эпилепсии с возрастом. Снижение при эпилепсии коэффициентов *серин/этанолламин*, *глутамин/аммиак*, *мочевина/аммиак* и *незаменимые/заменимые* аминокислоты, а также выраженный дисбаланс серосодержащих САК, позволяет их использовать в качестве неспецифических маркеров этой патологии.

Литература:

1. Гараева С.Н., Редкозубова Г.В., Постолати Г.В. Аминокислоты в живом организме. Кишинев, 2009. - 550 с.
2. Зенков Л.Р. Нейропатифизиология эпилептических энцефалопатий и непароксизмальных эпилептических расстройств и принципы их лечения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. № 2. С. 26–33.
3. Королева Н.Ю., Воронкова К.В., Тарабрин П.А. Нарушения когнитивных функций у больных с эпилепсией, влияние антиэпилептической терапии и коррекция нарушений. // Consilium Medicum., 2010. - №4 - С. 12-18.
4. Лелевич В.В., Виницкая А.Г., Лелевич С.В. Современные представления об обмене гамма-аминомасляной кислоты в головном мозге // Нейрохимия, 2009. - №4. - С.275-281.
5. Литовченко Т.А. Эпилепсия: терминология, эпидемиология, классификация, этиология, патогенез // Нейро News, 2010. - № 2. - С. 27-33.
6. Фурдуй Ф.И., Чокинэ В.К., Фурдуй В.Ф. и др. Составляющие нейро-психические блоки, формирующие психическое здоровье и стратегия их изучения. XI International interdisciplinary congress Neuroscience for medicine and psychology. Sudak, 2015. - С.407-408

Работа выполнена в рамках Институционального проекта „Sănătatea psihică, exteriorizarea ei, teste și tehnologie de estimare, dezvoltarea sistemului de clasificare a acesteia”.

*А.Н. Орган, В.В. Федаш, Л.Д. Полякова, М.С. Чокинэ,
С.Г. Сандуца, Т.А. Чавдарь**

АТРОПИНОВЫЙ ТЕСТ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ САНОГЕННОГО СОСТОЯНИЯ КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

Институт Физиологии и санокреатологии АН Молдовы
Городская детская больница им. «В.Игнатенко»*
г. Кишинев, Молдова
E-mail: organ-alexei@mail.ru, тел: +(373)069031788

Use of atropinic test allows us to determine the ratio of reflex and humoral regulation of the process of acid formation.

Цель исследований - изучить динамику атропинового теста у здоровых людей и при различных кислотозависимых заболеваниях верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы: Атропин ликвидирует эффекты возбуждения парасимпатических нервов, в том числе рефлекторную секрецию желудочного сока. Атропиновый тест представляет собой сочетание внутрижелудочной рН-метрии с парентеральным введением сульфата атропина (0,1 мг/10 кг), т.е. клинически простое изучение толерантности секреторного аппарата желудка к холинолитическому агенту.

Кислотность внутри желудочного содержимого и атропиновый тест исследовали у 74 пациентов с различной патологией желудка и у здоровых людей с помощью двухоливных зондов и ацидогастрометра АГМ 10-01: 1. Слизистая оболочка желудка и 12-ПК без видимой патологии; 2. Поверхностный гастрит; 3. Атрофический гастрит; 4. Поверхностный гастродуоденит; 5. Эрозивный гастродуоденит; 6. Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки – язва 12-ти перстной кишки; 7. Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. Деформация луковицы 12-ти перстной кишки. Стеноз. Атропин вводили из расчета 0,1 мг/10 кг веса и исследование проводили 30–40 минут. В каждой группе после введения атропина рассчитывали изменение рН тела желудка в абсолютных единицах и в процентах. К атропинареактивному состоянию относили тех больных, у которых изменение уровня внутрижелудочной рН тела желудка после применения атропина не превышало 0,5 единиц рН. К атропинположительному состоянию относили тех больных, у которых изменение уровня внутрижелудочной рН тела желудка после применения атропина превышало 0,5 единиц.

Результаты и обсуждения: Сравнивая данные диаграмм вышеназванных групп больных на 30-й минуте после введения атропина, мы наблюдаем уменьшение в процентном отношении (от 48,1; 50,0; 37,5 и 25,0), положительного атропинового теста с прогрессированием заболевания и наоборот увеличение в процентном отношении атропинареактивного теста (51,9; 50,0; 62,5; 75,0).

Динамика абсолютных значений рН на 30-й минуте после введения атропина также показывает, что с прогрессированием болезни происходит уменьшение изменения рН от 0,6 до 0,36 ед. Проведенные нами исследования о состоянии атропинового теста у здоровых людей и больных с различной патологией позволяют сделать выводы, что атропиновый тест имеет важное значение для диагностики, прогноза и развития патологии. Анализируя повышение частоты отрицательного атропинового теста по мере прогрессирования язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (51,9% в I стадии болезни; 62,5% во II стадии болезни и 75% в III стадии) можно сделать вывод, что атропинареактивность постепенно развивается при прогрессировании заболевания. Такую же тенденцию отметили авторы Н.А.Скуя, Г.А.Орилков, (9,1% в I стадии болезни; 28% во II стадии болезни и 47% в III стадии болезни). Необходимо отметить, что в группах больных гастритом в сочетании с дуоденитом атропинореактивный тест более выражен. Это является подтверждением того, что атропиновый тест является величиной динамической

и зависит от морфологической картины конкретного заболевания (т.е. воспалительных изменений слизистой).

Данные атропинового теста позволяют также предсказать эффект терапевтического воздействия холинолитических препаратов на кислотообразование и секрецию конкретного пациента и, в известной степени, эффективность консервативной терапии вообще.

Выводы:

1. Процесс кислотообразования в теле желудка блокируется в разной степени у здоровых людей и у больных с патологией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, что свидетельствует об участии вагального (нервного) звена в регуляции процесса кислотообразования.

2. Саногенные лимиты кислотообразующей функции наблюдается при ее состоянии, когда превалирование гуморального звена не превышает 50%. При преобладании гуморального звена более чем 50% наблюдается патологическое состояние (деструкция слизистой).

3. Увеличение степени атропинареактивности зависит от присоединения воспалительных изменений в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки - дуоденит.

4. У больных язвой двенадцатиперстной кишки степень увеличения атропинареактивности имеет место при прогрессировании заболевания и при постязвенном стенозировании.

*Е.Е. Пищенко, О.В. Коваль, В.И. Нарбутавичюс,
С.М. Крупнова, Н.Г. Пешкова*

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, кафедра анатомии и общей патологии
Централизованная цитологическая лаборатория ГУ РКБ
г. Тирасполь, Приднестровье

В современных условиях для определения выбора метода лечения и последующей реабилитации женщин с новообразованиями молочной железы морфологическая дифференцировка является крайне необходимой. (1) При новообразованиях, выявленных при объективном обследовании, таких как осмотр, пальпация, как правило, выполняют стандартную пункционную биопсию под визуальным контролем. При выявлении не пальпируемых образований молочной железы с помощью ультразвуковой маммографии проводится пункционная аспирационная биопсия непосредственно под контролем ультразвукового исследования. (2) Но проведение однократно данной манипуляции не дает 100% верификации врачебного заключения о доброкачественности или злокачественности процесса, следовательно необходимо проведение повторного биопсийного исследования.

Цель работы: оценка возможностей пункционной аспирационной биопсии, как эффективного метода в диагностике новообразований молочной железы.

Материал: результаты 2341 пункционных биопсий с учетом клинических и инструментальных показаний новообразований молочной железы, которые были проведены на базе централизованной цитологической лаборатории ГУ РКБ с 2011 по 2014 г.г.

Результаты: Возраст больных от 26 до 72 лет (в среднем 50,4+ 4,1 года). Все пациентки до биопсии были обследованы с обязательным проведением ультразвуковой маммографии, биохимического исследования крови включая исследование на СА 15-3 (онкомаркер молочной железы). У 291 (12,3%) пациенток при объективном обследовании определялись участки уплотнения в молочной железе, у остальной группы 2050 (87,5%) были только клинические данные за новообразования. Был проведен анализ частоты проводимых биопсий. В 1622 (69,3%) случаев диагноз был установлен после первичного биопсийного исследования, в 555 (23,7%) - после повторной биопсии, необходимость третьей биопсии была у 164 (7%). Показаниями для проведения для повторного проведения биопсии у 6 (0,25%) пациенток было подозрение на злокачественное новообразование молочной железы. По цитоморфологическим данным 2116 (90,3%) случаев было выставлено заключение о доброкачественности процесса (фиброаденома, мастопатия). В 225 (9,61%) случаях был выставлен диагноз карциномы молочной железы. Пациенткам проведено оперативное лечение, в виде органосохраняющей или радикальной мастэктомии. Злокачественные новообразования молочной железы были подтверждены гистологическим исследованием операционного материала. В 1-м случае цитоморфологическое заключение по поводу фиброаденомы было опровергнуто данными срочного гистологического исследования, на основании которого была верифицирована карцинома, что потребовало изменения тактики операционного вмешательства и проведения радикальной мастэктомии.

Выводы: С учетом полученных данных необходимо добиваться 100% дооперационной цитоморфологической верификации процесса и при необходимости проводить повторную тонкоигольную биопсию, включая использование режущей иглы. При невозможности верификации диагноза следует обязательно выполнять секторальную резекцию молочной железы с обязательным срочным гистологическим исследованием для подтверждения или исключения злокачественного новообразования молочной железы.

Литература:

1. Международная классификация онкологических болезней / под ред. Перси К., Ван Холтен В., Мур К. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995.

2. Нейштадт Э.Л., Воробьева О.А. Патология молочной железы. СПб.: Фолиант, 2003.

МАССА ТЕЛА КАК БИОМАРКЕР ОЦЕНКИ МЕТАБОЛИЗМА И ПИТАНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С СОМАТОТИПОМ

Институт физиологии и санокреатологии Академии наук
г. Кишинэу, Республика Молдова, nutrivit@yandex.ru

The power supply system should be aimed at ensuring a stable metabolism and morpho-physiological functioning of the body in accordance with the somatotype and must respect his special nutritional status. To evaluate the optimality of the power supply system is proposed to use the body weight as a biomarker reflecting the nature of metabolic processes. At optimum performance of body mass is celebrated on good health, maximum lifetime and minimum probability of occurrence of pathologies of the metabolic nature.

The power supply system should be aimed at ensuring a stable metabolism and morpho-physiological functioning of the body in accordance with the somatotype and must respect his special nutritional status. To evaluate the optimality of the power supply system is proposed to use the body weight as a biomarker reflecting the nature of metabolic processes. At optimum performance of body mass is celebrated on good health, maximum lifetime and minimum probability of occurrence of pathologies of the metabolic nature.

В последние годы ученые и практики настойчиво стали развивать целый ряд элементов, которые представляют большой интерес для персонализированной медицины будущего. Одним из таких подходов является разработка индивидуализированных систем питания. Питание является одним из факторов, оказывающих существенное влияние на поддержание, укрепление и формирование здоровья. Несмотря на то, что наука о питании сегодня достигла значительных успехов, саногенный потенциал этого направления далеко не исчерпан. Нутрициологи, концентрируя свое внимание на обеспечении организма в структурных, пластических, энергетических и биологически активных веществах, не учитывают, что эти нутриенты играют значительную роль в креатологических процессах формирования организма, его жизненно важных физиологических системах и здоровья в целом.

Анализ существующих систем питания свидетельствует о том, что они не способны решать проблемы здоровья современного общества. По данным ВОЗ в конце XX века 80% болезней обмена веществ вызваны диетическими факторами, а около 30% населения земного шара страдали ожирением.

Использование сбалансированной системы питания, которая в настоящее время считается наиболее совершенной и научно обоснованной, показало, что она удовлетворяет индивидуальным потребностям не более 26% населения. Причиной сложившейся ситуации является то, что существующие системы питания рассчитаны на среднестатистического человека и не отвечают инди-

видуальным запросам основной массы населения. Становится очевидным, что только система питания, направленная на максимальный учет и удовлетворение индивидуальных потребностей, способна обеспечить саногенность организма.

Индивидуализированный подход в питании требует комплексной оценки и тестирования человека по целому ряду показателей и признаков. Учитывая сложность определения универсального критерия индивидуализации, к настоящему времени нет примерной модели индивидуализированного питания. Конструктивным подходом в этом плане представляется разработка системы питания в соответствии с типом конституции, которая может обеспечить прогресс, новизну и значительный успех в этом направлении.

В конституциональной антропологии конституцию понимают как синоним слова «телосложение». Однако само телосложение является только одной из сторон конституции человека - ее внешним морфологическим проявлением. Когда речь идет о телосложении, которое, в свою очередь, является всего лишь наиболее очевидным и удобным для нашего восприятия проявлением комплекса индивидуальных морфофизиологических, биохимических и психических особенностей индивида, комплекс подобных индивидуальных характеристик человека называется конституцией.

Существующие критерии оценки человека по типу конституции охватывают широкий спектр индивидуальных данных. По предварительным прогнозам экспертов, они позволяют построить систему питания, способную удовлетворить до 70% индивидуальных потребностей организма человека. А при объективной оценке и правильной организации питания, этот показатель может быть увеличен до 80%.

Поскольку система питания в соответствии с типом конституции направлена на обеспечение стабильного метаболизма и морфофизиологического функционирования организма лиц каждого типа конституции с учетом их особенностей, для оценки оптимальности системы питания использовали показатель массы тела как биоиндикатор, отражающий характер метаболических процессов. Масса тела является самой доступной и распространенной формой отражения и оценки характера метаболизма и питания.

Введение биомаркера оценки метаболизма в виде массы тела, является важным и существенным элементом, как для оценки системы питания, так и состояния здоровья организма. Масса тела - это тот показатель, который четко реагирует на характер обменных процессов в организме. По массе тела можно достоверно судить о том, каков метаболизм индивидуума: в норме, повышен или понижен. Если масса тела ниже нормы, то это свидетельствует о повышенном обмене веществ, а если масса тела выше нормы, то это указывает на пониженный метаболизм. Чем больше масса тела отклоняется от нормы, тем больше смещается метаболизм, тем больше возникает вероятность развития и проявления тех или иных патологий метаболического характера. Отклонение массы тела от нормы служит основанием для ее коррекции. Если масса тела в норме, то в норме метаболизм и гомеостаз, а также все биохимические процессы, протекающие в организме. Таким образом, масса тела служит биомаркером определения ха-

рактера метаболизма, отражает саногенный характер питания, что может быть одним из критериев его оценки.

Оптимальным параметром массы тела является показатель, на 10% превышающий среднестатистическую норму, определяемую по формуле Broca. При таких показателях массы тела наблюдается хорошее здоровье, низкая летальность и максимальная продолжительность жизни.

О.И. Тафуну, А.И. Гарбуз

ПОТЕРЯ ЖИЛЬЯ И ИМУЩЕСТВА КАК СУИЦИДАЛЬНЫЙ ФАКТОР, НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ ВО ВРЕМЯ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ

ОУ ГМФУ им. Николае Тестемицану, кафедра Общей гигиены
г. Кишинев, Республика Молдова

(+373) 22 205577/205487, ovidiu.tafuni@usmf.md/ alexandru.garbus@usmf.md

The crisis situation is a difficult challenge for many people. Emotional reactions associated with the risk to human life and health, and the loss of his family amassed wealth, including housing, it naturally gives him feelings of fear, confusion, inappropriate behavior often determines sometimes to suicide. Existing clinical programs can do something to help it possible suicide, but they do not really affect the level or risk factors of suicide.

Кризисные ситуации это трудное испытание для многих людей. Эмоциональные реакции, связанные с опасностью для жизни и здоровья человека, его близких и потеря нажитых материальных ценностей, в том числе и жилья, это закономерно вызывает у него чувства страха, растерянности, зачастую определяет неадекватное поведение иногда до самоубийства. Существующими клиническими программами можно как-то помочь возможным самоубийцам, но они не могут в действительности повлиять на факторы риска или уровень самоубийства.

Цель: Анализ влияния потери жилья и имущества как элемент неотложных состояний во время кризисных ситуаций, применение психолого-психиатрической помощи потерпевшим как профилактика суицида.

Материалы и методы

В период с 1990 по 2015 гг. нами было обследовано литература о суициде в кризисных ситуациях (КС) связанных с потерей жилья и применение психолого-психиатрической помощи потерпевшим в профилактических целях. В работе были использованы литературные источники и материалы из США, России и Республики Молдова.

Результаты и обсуждение

Следует отметить, что в кризисных ситуациях только 12–15% людей сохраняют самообладание, правильно оценивают обстановку, четко и решительно

действуют в соответствии с ситуацией. Это определяется уровнем их психологической защиты, которая формируется в повседневных условиях.

Американские ученые пришли к выводу, что потеря недвижимости, в том числе и при кризисных ситуациях способна привести к самоубийствам из-за низкой самооценки.

В экстремальных случаях они решают, что суицид – лучший выход из этой ситуации.

Ученые из США обнаружили, что выше всего суицидальный риск среди людей среднего возраста, представителей так называемого среднего класса. Они напрямую связывают владение недвижимостью с успехом, видят его как главный индикатор того, состоялся человек в жизни или нет. В ходе своего исследования ученые взглянули на статистику самоубийств до рецессии и во время ее. «Случаев суицида связанных с потерей недвижимости всегда больше во время рецессии, экономического спада или после стихийных бедствий и катастроф, эта тенденция наблюдалась на протяжении всего 20 века». Согласно Американской ассоциации суицидологии, в 2010 году добровольно из жизни ушли более 38 000 американцев. Количество самоубийств в 2010 году выросло на 13% по сравнению с докризисным 2005 годом, в тот же год банки отобрали жилье за долги у 2,9 млн жителей США. Большинство из распродавшихся с жизнью в 2010 году было в возрасте от 45 до 54 лет. При этом, как показывает статистика, мужчины идут на самоубийства в четыре раза чаще, чем женщины. Также увеличение числа суицидов в период кризиса, описываются российским учёным Гладышевым М.В в научной работе под названием «Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990 - 2003 гг.)».

Такие процессы актуальны и для Республики Молдова, при нарастающем экономическом кризисе, в том числе и для ряда соседних стран. В данном случае психогигиена необходимый элемент при психической травме потерпевших от потери жилья и имущества как неотложное состояние во время кризисных ситуаций и как элемент профилактики суицидов. В РМ на данный момент не проводятся психогигиенических мер по профилактике суицида, не говоря и о других нежелательных эффектов от выше отмеченного феномена. Хотя клинические программы по лечению предупреждению суицида существуют и показывают, что пытаются помочь возможным самоубийцам, но как такие программы не могут в действительности повлиять на факторы риска или уровень самоубийства.

Выводы

1. Многие литературные источники отмечают, что потеря жилья в кризисных ситуациях любой этиологии и связанные с этим суициды является важнейшей проблемой системы общественного здоровья, но также и социальной.

2. Для решения проблемы суицидов в связи с потерей жилья в кризисных ситуациях нужно влиять на факторы их появления, разрабатывая медико-профилактические и альтернативные социальные программы.

ВОЗРАСТНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ОТВЕРСТИЙ НАПРАВЛЯЮЩИХ КАНАЛОВ ЗУБНЫХ КРИПТ

ГОУ Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко
Кафедра анатомии и общей патологии
г. Тирасполь, Приднестровье, Chependuk@mail.ru

В литературе имеются данные об отверстиях и каналах черепа [1, 2], но отсутствуют морфометрические данные возрастной изменчивости отверстий направляющих каналов зубных крипт у детей. **Цель:** изучение возрастной изменчивости морфо-топографических параметров отверстий направляющих каналов зубных крипт у детей.

Методы. Материал - 32 паспортизированных челюсти (22 верхних и 9 нижних челюстей) детей в возрасте от 1,5 до 7 лет, которые разделены на три возрастные группы: грудной возраст до 1,5 лет, раннее детство 2-3 года, первое детство 6-7 лет. Методом крианиометрии техническим штангенциркулем (с ценой деления 0,01 мм) изучались продольно-поперечные параметры выходных отверстий костных каналов крипт, их топография и форма [3]. Используя компьютерную прикладную программу «Statistica-6.0», вычислены среднестатистические значения данных отверстий. Применялся параметрический критерий достоверности (Стьюдента). Различия считали достоверными при 95%-м пороге вероятности ($<0,05$).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что поперечный размер отверстия направляющего канала в челюстях детей в возрасте до 1,5 лет на уровне медиальных резцов ($1,1 \pm 0,1$ мм) преобладает над продольным ($0,65 \pm 0,1$ мм) на 0,45 мм, тогда как у латеральных резцов – продольный диаметр ($0,93 \pm 0,1$ мм) больше поперечного ($0,63 \pm 0,1$ мм) на 0,3 мм. Они овальной формы. При этом длинная ось овала ориентирована параллельно альвеолярному отростку. Форма данных отверстий названа поперечно-овальной и продольно-овальной по отношению к сагиттальной оси. Так форма данного отверстия в области медиальных резцов поперечно-овальная, у латеральных резцов – продольно-овальная. У зачатков медиальных резцов располагаются на внутренней поверхности альвеолярной части нижней челюсти, а отверстия латеральных резцов – позади межальвеолярной перегородки соответствующих молочных зубов. Поперечный размер отверстия данных каналов в возрасте 2-3 лет на уровне медиальных ($0,57 \pm 0,1$ мм) и латеральных ($0,55 \pm 0,1$ мм) резцов имеют одинаковые средние значения, тогда как продольным параметр больше на уровне медиального резца ($0,48 \pm 0,1$ мм), чем латерального ($0,35 \pm 0,1$ мм) на 0,13 мм. Форма данных отверстий в этом возрастном периоде поперечно-овальная. В 43% случаях на челюстях детей в возрасте 2-3 лет выявлены выходные отверстия каналов крипт зачатков постоянных клыков и в 25% случаях – постоянных моляров, которые визуализируются в виде «точки» на обеих сторонах челюсти. Топографически эти отверстия располагаются на задней стенке альвеолы соответствующих молочных зубов или по-

зади латеральной межальвеолярной перегородки молочного клыка. У моляров данное отверстие на начальном этапе формирования точечное или отсутствует, а затем по мере прорезывания зуба увеличивается в направлении к рядом расположенному зубу. В возрасте 6-7 лет оба параметра отверстия каналов крипт преобладают на 0,1 мм в области медиальных резцов (по 0,20 мм) по сравнению с латеральными (по 0,10 мм), имеют одинаковые средние значения и округлую форму. Отверстия на уровне медиальных резцов располагаются позади язычной поверхности медиального молочного резца, а латеральных резцов – позади латеральной межальвеолярной перегородки, а у клыков и моляров – на дне задней стенки альвеолы. Отверстия на уровне резцов у детей до 1,5 лет либо макроморфологически не выявлены, либо представлены точечными образованиями $0,05-0,1$ мм и располагаются позади латеральной межальвеолярной перегородки. По мере созревания зубного зачатка отверстие продолжает постепенно увеличиваться до $4,0-5,0$ мм и приближается к округлой форме, а отверстия на уровне клыков и моляров с возрастом увеличиваются.

Выводы.

- 1) от 1,5 до 3 летнем возрасте выходные отверстия каналов крипт располагаются на уровне медиального и латерального резцов в форме поперечного овала;
- 2) в 2-3 года - на уровне клыков – только в форме продольного овала;
- 3) в 6-7 лет они приобретают поперечно-овальную форму.

Литература:

1. Гладиллин Ю.А. Отверстия нижней челюсти в возрастной и индивидуальной изменчивости // Общие закономерности морфогенеза и регенерации: тезисы 6-й Укр. респ. науч. конф. анат. Тернополь, 1975. С. 63-64.
2. Алешкина О.Ю., Загоровская Т.М. Возрастная изменчивость пространственного расположения отверстий наружного основания черепа у детей // Матер. науч.-практ. конференции: «Проблемы современной крианиологии». СПб., 1993. С. 31-34.
3. Алексеев В.П., Дебец Г.Ф. Крианиометрия: Методика антропологических исследований. М.: Наука, 1964. 127 с.

Научное издание

СКЛИФОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. Неотложные состояния, тактика и лечение
Материалы научно-практической конференции с международным участием
27 ноября, 2015

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

Технический редактор *Е.Л. Коляда*
Компьютерная верстка *А.А. Михайленко*

Ответственность за содержание текстов несут авторы

ИЛ № 06150. Сер. АЮ от 21.02.02.
Подписанов печать 12.11.15. Формат 60x90/16. Усл.-печ. л. 13,0. Тираж 120 экз. Заказ № 378.

Отпечатано в Изд-ве Приднестр. ун-та. MD 3300, г. Тирасполь, ул. Мира, 18