

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

Медицинский факультет

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины

Общество врачей хирургического профиля Приднестровской Молдавской Республики

СКЛИФОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

Актуальные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии

*Материалы международной научно-практической конференции
23–24 ноября 2018 года*

Тирасполь
*Издательство
Приднестровского
Университета*
2018

УДК 616.712.1–089.844–053

616.7–001–089.11

ББК 54.5

Ответственный редактор

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

СКЛИФОВСКИЕ ЧТЕНИЯ: Актуальные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии / материалы международной научно-практической конференции, 23–24 ноября 2018 г. / под ред. проф. И.Ф. Гарбуза. – Тирасполь: Изд-во Приднестр. ун-та, 2018 г. – 132 с.

Представлены материалы врачей хирургов, детских хирургов, травматологов ортопедов, детских травматологов ортопедов, врачей других специальностей Приднестровской Молдавской республики, Молдовы, России и сотрудников медицинского факультета Приднестровского государственного университета.

Рассмотрены актуальные вопросы хирургии, детской хирургии, травматологии и ортопедии, детской травматологии и ортопедии и разное.

Книга предназначена для практических врачей хирургов, детских хирургов, травматологов-ортопедов, детских травматологов-ортопедов, педиатров, семейных врачей, врачей общего профиля, врачей скорой медицинской помощи, врачей реабилитологов, врачей интернов, студентов старших курсов медицинских вузов.

УДК 616.712.1–089.844–053

616.7–001–089.11

ББК 54.5

© ПГУ им. Т.Г. Шевченко, 2018.

Научное издание

СКЛИФОВСКИЕ ЧТЕНИЯ:

Актуальные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии

Материалы международной научно-практической конференции

23–24 ноября 2018 г.

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

Технический редактор *Е.Л. Коляда*

Ответственность за содержание текстов несут авторы

Компьютерная верстка *О.А. Штырова*

ИЛ № 06150. Сер. АЮ от 21.02.02. Подписано в печать 16.11.2018.

Формат 60 x 90 / 16. Усл. печ. л. 8,25. Тираж 120 экз. Заказ № 654.

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

Содержание

ХИРУРГИЯ

<i>Райляну Р.И., Ботезату А.А., Паскалов Ю.С.</i> Безнатяжной способ аутопластики задней стенки пахового канала в сочетании с аутодермопластикой.....	6
<i>Ботезату А.А., Райляну Р.И., Маракуца Е.В., Паскалов Ю.С., Коцюруба А.М., Монул С.Г., Лембас А.Н.</i> Передняя сепарация мышечно-фасциальных блоков передней брюшной стенки при обширных грыжах. Аутопластика в сочетании с аутодермопластикой.....	8
<i>Ботезату А.А., Паскалов Ю.С., Райляну Р.И., Маракуца Е.В., Архипова Л.М.</i> Комбинированные методы открытой передней пластики паховых грыж.....	9
<i>Лембас А.Н., Кучинский М.В., Шпеко А.П., Евстратий В.В., Ивасишина М.В., Гуменный С.Ф., Скурту С.В., Захарян К.Ю., Фоменко Д.В.</i> Основные причины острых желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта на современном этапе	11
<i>Леорда А.И., Гараева С.Н., Фурдуй В.Ф., Постолати Г.В.</i> Хирургическое вмешательство как стресс-фактор для азотистого обмена	13
<i>Акперов И.А., Грибенчиков Г.И., Бутенко Ю.А.</i> Операция Гартмана: исторические аспекты хирургического лечения рака ободочной и прямой кишки	14
<i>Акперов И.А., Тагиев К.М., Грибенчиков Г.И.</i> Операция Микулича: некоторые хирургические и практические аспекты данного вмешательства	16
<i>Ульянцев С.И., Моисеев В.С., Наумов Н.С.</i> Эндоскопическая электроинцизия уретероцеле у детей.....	17
<i>Шкиопу В., Анточи Л., Годорожа В., Коробчан Н., Чернат М., Гидирим Н.</i> Ретроперитонеальные саркомы – клинический опыт.....	19
<i>Рашикова В.Н., Рашиков В.П., Гарби И.В., Гузган М.Г.</i> Эндоскопия в детской хирургии в Молдове.....	20
<i>Мазур В.Г., Гарбуз И.Ф., Антонюк М.Б., Моисеенко А.А., Гуцул Д.М., Булаев Е.А., Дубровина А.М., Жекова Ю.С., Казакевич А.Н., Белокур Л.А.</i> Кисты шеи у детей	22
<i>Мазур В.Г., Гарбуз И.Ф., Антонюк М.Б., Гуцул Д.М., Бордиян Н.С., Шабалин Н.В., Булаев Е.А., Дубровина А.М., Жекова Ю.С., Казакевич А.Н., Боцу Е.М.</i> Грыжи передней брюшной стенки у детей.....	23
<i>Азбукина Л.Н., Чебан О.С.</i> Вегетативная дисфункция у беременных с угрозой прерывания	24
<i>Чепендюк Т.А.</i> Конфигурационная изменчивость зубной кривизны постоянных зубов.....	26
<i>Середа Б.В.</i> Значение эхографии в диагностике состоятельности рубца на матке	27
<i>Середа Б.В.</i> Случай из практики	28
<i>Середа Б.В., Середа В.Э.</i> Роды в тазовом предлежании плода	29
<i>Лембас А.Н., Кучинский М.В., Шпеко А.П., Евстратий В.В., Ивасишина М.В., Гуменный С.Ф., Скурту С.В., Захарян К.Ю., Фоменко Д.В.</i> Наш опыт применения сетчатого эндопротеза в лечении послеоперационных вентральных грыж	31
<i>Бутенко Ю.А., Акперов И.А., Усольцева В.В., Коцюруба А.М.</i> Диагностическая ценность шкалы Альварато для верификации острого аппендицита (материалы ретроспективного исследования с применением статистического критерия Пирсона).....	33
<i>Акперов И.А., Гордус А.А., Богатый А.И., Лопатин С.В.</i> Острый левосторонний деструктивный аппендицит (клинический случай из практики)	36
<i>Калуцкий Г.В., Кузнецов А.Г., Додул А.П., Скляр Р.Л., Попович В.Г.</i> Острое желудочно-кишечное кровотечение из кисты поджелудочной железы.....	39

<i>Паскалов Ю.С., Ботезату А.А., Райляну Р.И.</i> Роль электростимуляции в исследовании функции мышц при паховых грыжах.....	42
<i>Тришук В.Н., Богян А.П.</i> Пластика паховых грыж с удвоенным кожным лоскутом в двух вариантах	44
<i>Вирухин С.В., Ильющенков С.Н., Северный Н.Ю., Астахов П.В., Сидоренко Д.А., Логинов Д.И., Фирсов С.А.</i> Применение лапароскопических операций у детей. Эндохирургия травм селезенки	47
<i>Фомов Г.В., Звягинцев В.В., Горпинюк В.П., Фомова О.А., Андрус С.Н., Сипченко Д.А.</i> Устройство «Кальмар» для измерения параметров минидоступа.....	50

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

<i>Лысенко А.Р., Лысенко Р.В., Слободцов В.А., Лопатин С.В.</i> Латеральные переломы проксимального отдела бедра в практике районной больницы	54
<i>Гарбуз И.Ф.</i> Оказание помощи детям с политравмой	55
<i>Гроза А.Г., Гарбуз И.Ф.</i> Опыт лечения перелома головки мыщелка плечевой кости у детей.....	57
<i>Гарбуз И.Ф., Мазур В.Г.</i> Опыт применения металлической пластины собственной конструкции в лечении воронкообразной деформации передней стенки грудной клетки у детей.....	58
<i>Гарбуз И.Ф.</i> Этапизация лечения повреждения Монтеджа	59
<i>Гарбуз И.Ф., Леонтьев В.С.</i> Лечение деформирующего артроза коленных суставов в начальных стадиях развития.....	60
<i>Гарбуз И.Ф.</i> Предрасполагающие факторы для травмы при родах шейного отдела позвоночника новорожденного	62
<i>Гарбуз И.Ф., Орлик С.С.</i> Некоторые аспекты повреждения проксимальной части плечевой кости	63
<i>Гарбуз И.Ф.</i> Восстановительное лечение детей после травмы локтевого сустава.....	64
<i>Омелько А.Н.</i> Денситометрия как метод диагностики остеопороза	66
<i>Гарбуз И.Ф., Коляда Е.Л.</i> История кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной медицины	68
<i>Дарчук М.И., Гергележиу А.С., Токарчук В.И., Дарчук Д.М., Коцуг С.В.</i> Эндопротезирование при переломах проксимального отдела бедра в пожилом возрасте	69
<i>Станев А., Катэруэ О., Токарчук В., Волонтир Л., Ункуца К., Кедрик С., Катан Ю., Дарчук М., Мельник В.</i> Малоинвазивный остеосинтез при политравме.....	70
<i>Дарчук М.И., Гергележиу А.С., Шорик С.В., Токарчук В.И., Дарчук Д.М., Коцуг С.В.</i> Эндопротезирование коленного сустава при дегенеративно-дистрофических заболеваниях.....	71
<i>Горшков Н.И., Прокопенко Д.С., Брызгалов С.А., Красносельская Ж.В.</i> Особенности клиники, диагностики и принципы лечения повреждений скулоглазничного комплекса.....	73
<i>Иовва Н.П., Сонгоров Г.В., Гарбуз И.Ф.</i> Применение Артоксана в комплексном лечении больных с остеоартрозами и других заболеваний опорно-двигательного аппарата	76
<i>Гаря А.В., Мунтян В.М.</i> Опыт остеотомии центральных плюсневых костей в лечении статических метатарзалгий	78
<i>Литвин В.Ю., Грицкан О.В.</i> Особенности подхода диагностики и лечения остеоартроза у лиц пожилого и старческого возраста.....	80

Гарбуз И.Ф., Мунтян В.М., Леонтьев В.С. Лечение чрезмышечковых переломов плечевой кости у больных преклонного возраста	83
Люленова В.В., Люленов А.П. Биохимия питания при переломах костей	85

РАЗНОЕ

Полякова Л.Д., Чокинэ М.С. Влияние физической нагрузки на некоторые биохимические показатели крови крыс с различными рационами питания	89
Орган А.Н., Федаш В.В., Чокинэ М.С., Полякова Л.Д., Сандуца С.Г., Греку Т.А. Комбинированное влияние акупунктуры с точки E ₃₆ (Цзу-Сань-Ли) и аурикулярных точек (51, 55, 87) на секреторную функцию тела и антрума желудка.....	91
Паламарчук В.М., Азбукина Л.Н. Возможности неонатальной помощи при иммунологической несовместимости матери и плода по резус-фактору	92
Подолинный Г.И., Фус А.В., Ковбасюк Я.И. Множественность заболеваний как вызов современной медицине.....	94
Муконина В.Н., Пищенко Л.В. Хроническая сердечная недостаточность с систолической дисфункцией левого желудочка у больных гипертонической болезнью	95
Окушко С.В. Современный взгляд на этиопатогенез поражения лицевого нерва	97
Соколов В.А., Подолинный Г.И., Язаджи Д.И., Чебан П.В., Габабян А.Л., Солтык Т.О., Федяева Ф.В. Коморбидность у пациентов с хроническим синдромом боли.....	98
Сидченко Е.С. Сочетание артериальной гипертензии и бронхообструктивной патологии.....	100
Пищенко Е.Е., Кокул А.С., Кацавель О.Н., Андрус С.Н., Вдовиченко К.К., Гарбуз Л.И. Мягкотканевые изменения сосудистых стенок головного мозга при хронической этанольной интоксикации	102
Панкрушев С.В., Лосева Н.Г. Патология коллагенов и туберкулез органов дыхания.....	103
Марц О.О., Братух И.М., Шишкина Н.Г. Переношенная беременность в современном акушерстве	105
Марц О.О., Братух И.М., Шишкина Н.Г. Методы подготовки шейки матки к родам	106
Бачинская А.И. Галотерапия, опыт применения на базе МУ БЛДЦ.....	107
Гарбуз А.И. Некоторые особенности гигиены труда и состояния здоровья сотрудников городского автобусного парка муниципия Кишинева.....	111
Панасюк Т.Е. Поиск ингибиторов теломеразы в борьбе с онкозаболеваниями.....	114
Пищенко Е.Е., Головашиова Ю.В., Гулак А.А. Морфологические методы исследования рака молочной железы	117
Струтинский Ф.А., Строкова В.Н. Новая парадигма коррекции метаболического синдрома	120
Гарбуз Л.В., Шавурова Г.В. Клинико-организационные особенности врачебной экспертизы жизнедеятельности в психиатрической практике	122
Андрус С.Н., Пищенко Е.Е. Роль дисциплины «Патологическая анатомия» в подготовке врачей-стоматологов.....	125
Толстенко Д.А. Влияние разных рационов питания на содержание свободных аминокислот в сыворотке крови крыс	127
Фус А.В., Чекан И.М. Клинические взаимоотношения патологий органов и систем при полипатиях.....	130

ХИРУРГИЯ

Р.И. Райляну, А.А. Ботезату, Ю.С. Паскалов

БЕЗНАТЯЖНОЙ СПОСОБ АУТОПЛАСТИКИ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА В СОЧЕТАНИИ С АУТОДЕРМОПЛАСТИКОЙ

*Кафедра хирургических болезней с циклом акушерства и гинекологии ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Введение. Лечение паховых грыж является сложной хирургической задачей, что обусловлено сильным натяжением тканей, возникающим во время ликвидации разрушенного грыжевым выпячиванием высокого пахового промежутка. Наличие у грыженосителей соединительнотканной недостаточности способствует прорезыванию находящихся под натяжением в области герниопластики швов и рецидивированию грыж. Поэтому способ пластики у больных с паховыми грыжами и выраженной соединительнотканной дисплазией должен соблюдать как принцип атензионности, так и быть направленным на укрепление протезирующим материалом в виде аутодермального лоскута задней стенки пахового канала.

Цель исследования. Разработать безнатяжной и укрепленный аутодермальным лоскутом способ аутопластики задней стенки пахового канала для снижения роли соединительнотканной дисплазии в механизме рецидивирования паховых грыж.

Материалы и методы. В течение 2017–2018 гг. на базе кафедры хирургических болезней, НИЛ «Экспериментальная хирургия» ПГУ им. Т.Г. Шевченко и хирургического отделения ГУ «РКБ» проведено обследование 101 больного с паховыми грыжами. Выраженная степень соединительнотканной недостаточности обнаружена в 6 (5,9 %) случаях. Все шестеро обследованных были мужчинами. Средний возраст среди них составил $60,2 \pm 2,3$ лет. В плановом порядке нами было оперировано 5 (83,3 %) больных, имеющих выраженную степень дисплазии соединительной ткани, с использованием разработанного на кафедре безнатяжного и укрепленного аутодермальным лоскутом способа аутопластики задней стенки пахового канала. Диагностику уровня выраженности соединительнотканной дисплазии в предоперационном периоде осуществляли на основании общеизвестных схем с бальной оценкой числа и значимости выявленных при осмотре стигм дисморфогенеза.

Результаты исследования. Среднее число баллов у 6 (5,9 %) больных с паховыми грыжами и выраженной степенью соединительнотканной дисплазии составило $17,5 \pm 2,4$. В остальных 95 (94,1 %) случаях количество баллов выявленных при осмотре стигм дисморфогенеза находилось на уровне $10,05 \pm 1,2$. Таким образом, статистически значимая разница между этими двумя группами больных с паховыми грыжами по числу внешних признаков соединительнотканной недостаточности достигла 42,6 %. Из 50 рассмотренных стигм соединительнотканного дисморфогенеза достоверной связью со всеми вариантами грыжевой болезни в паховой области обладали вегетососудистая дисфункция, искривление позвоночного столба, hallus valgus, гипермобильность суставов, варикозная болезнь нижних конечностей

и геморрой. Следовательно, эти фены генетически взаимосвязаны с процессом грыжеобразования в паховой области, поэтому их совокупность является основным фактором риска рецидивирования паховых грыж после хирургического вмешательства.

Безнатяжной способ аутопластики задней стенки пахового канала в сочетании с аутодермопластикой осуществлялся нами следующим образом: после обработки и обкладывания операционного поля в паховой области выкраивался кожный лоскут овальной формы, из которого приготавливался аутодермальный трансплантат. Рассекался апоневроз наружной косой мышцы живота, выделялся семенной канатик, ликвидировался грыжевой мешок и тщательно сепарировался паховый промежуток для выполнения герниопластики. На переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота с дальнейшим переходом на апоневроз внутренней косой мышцы наносился релаксирующий разрез дугообразной формы. Отдельными узловыми швами начиная с середины наружного листка релаксирующего разреза фиксировалось между собой влагалище прямой мышцы и апоневроз внутренней косой мышцы живота, в результате чего их смыкание в продольном направлении приводило к вертикальному перемещению прямой мышцы кнаружи и ротации вниз и под углом в 45° по отношению к горизонтальной оси мышечных волокон внутренней косой и поперечной мышц живота, что способствовало ликвидации пахового промежутка волокнами этих мышц. Образовавшееся таким образом консолидированное сухожилие прямой и боковых мышц живота отдельными узловыми швами без натяжения фиксировали к подвздошно-лонному тракту. Смещение и ротация вниз мышечных волокон внутренней косой и поперечной мышц живота способствовало дополнительному укреплению глубокого пахового кольца за счет формирования мышечного «туннеля» вокруг семенного канатика. Апоневротический дефект передней стенке влагалища прямой мышцы живота и апоневроза внутренней косой мышцы живота замещали аутодермальным лоскутом для укрепления выполненной аутопластики. Восстанавливали переднюю стенку пахового канала сшиванием краев апоневроза наружной косой мышцы над семенным канатиком и формировали поверхностное паховое кольцо.

Катамнез наблюдения за прооперированными больными составил 14 месяцев, рецидивов заболевания не выявлено. На разработанный нами способ хирургического лечения паховых грыж получено положительное заключение МЮ ПМР о выдаче патента на изобретение.

Выводы:

1. Сочетание выраженной степени соединительнотканной недостаточности с шестью выявленными внешними признаками дисморфогенеза является фактором риска рецидива заболевания после хирургического вмешательства.

2. Разработанный безнатяжной и укрепленный аутодермальным лоскутом способ аутопластики задней стенки пахового канала является методом выбора в лечении больных с высокой вероятностью рецидива грыж.

А.А. Ботезату, Р.И. Райляну, Е.В. Маракуца, Ю.С. Паскалов,
А.М. Коцюрuba, С.Г. Монул, А.Н. Лембас

ПЕРЕДНЯЯ СЕПАРАЦИЯ МЫШЕЧНО-ФАССИАЛЬНЫХ БЛОКОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ОБШИРНЫХ ГРЫЖАХ. АУТОПЛАСТИКА В СОЧЕТАНИИ С АУТОДЕРМОПЛАСТИКОЙ

*Кафедра хирургических болезней с циклом акушерства и гинекологии ПГУ им. Т. Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Введение. В хирургии срединных послеоперационных грыж проблему лечения составляют в основном большие и гигантские грыжи. Известные методы комбинированной пластики с использованием сетчатых имплантов либо аутодермальных трансплантатов неприемлемы, ибо при перемещении значительных объемов грыжевого содержимого брюшной полости может развиваться абдоминально-компрессионный синдром (АКС). Эти обстоятельства в ранние сроки после операции повышают риск летального исхода, а в отдаленные сроки – вероятность рецидива заболевания до 55,3%. Таким образом, надежное и безопасное закрытие больших и гигантских срединных грыжевых дефектов при соблюдении принципа ненапряжной пластики может быть достигнуто только применяя технику разделения мышечно-апоневротических компонентов передней брюшной стенки (РК), направленную на увеличение площади брюшной стенки, а следовательно и объема брюшной полости. В нашей клинике последние 18 лет разработаны и внедрены в практику методы передней сепарации мышечно-фасциальных блоков передней брюшной стенки. Сочетание аутопластик с аутодермопластикой.

Цель исследования. Изучить результаты лечения больных с большими и гигантскими срединными грыжами, у которых при герниопластике проводилась передняя сепарационная пластика в сочетании с аутодермопластикой.

Материалы и методы. На протяжении 2000–2018 гг. в РКБ г. Тирасполя нами пролечено 181 больных с большими и гигантскими срединными послеоперационными и рецидивными грыжами, у которых применяли технику РК брюшной стенки передним доступом. Большинство пациентов составили женщины – 155 (85,6%), мужчин было 26 (14,4%). Средний возраст пролеченных больных 56, $27 \pm 0,61$ лет. С целью увеличения поверхности брюшной стенки применяли продольные релаксирующие разрезы апоневротических образований: у 141 (77,9%) пациента с большими грыжами, при которых ширина срединного дефекта не превышала 15 см, прибегали к рассечению апоневроза наружных косых мышц по параректальным линиям от реберных дуг до линии, соединяющей верхние подвздошные ости (по О. Ramirez, 1990). При гигантских грыжах у 40 (22,1%) применяли 4 релаксирующих разреза: параректальные по О. Ramirez + рассечение передних влагалищ прямых мышц живота на всем протяжении срединного апоневротического дефекта и мышечного диастаза. Благодаря четырем релаксирующим разрезам достигалось максимальное увеличение передней брюшной стенки, а следовательно, и брюшной полости.

С целью уменьшения объема органов брюшной полости в 89 (49,4%) случаях прибегали к резекции большого сальника, иногда – объемных жировых отложений ободочной кишки. По показаниям производили ампутацию матки, кистэктомия

(8 случаев, или 4,4%), холецистэктомии (9, или 5%), резекцию тонкокишечных конгломератов (8, или 4.4%), аппендэктомии (12 случаев, или 6.7%).

У 60 (33,3%) больных при сочетании больших и гигантских срединных послеоперационных грыж с ожирением III–IV степени выполняли абдоминопластику, способствующую уменьшению напряжения тканей брюшной стенки, снижению ВБД, что обеспечивает адекватное сопоставление краев мышечно-апоневротического дефекта и является мерой профилактики рецидива грыжи.

Аутопластика включала фиксацию медиальных краев: у 35 (19,7%) пациентов – швами Шампониера в 2 ряда; в 21 (17,7%) случае – шнурование аутодермальной полоской. Чаще всего (86, или 47.7%) прибегали к формированию общего футляра прямых мышц. Консолидация аутопластики по средней линии и замещение параректальных апоневротических дефектов осуществлялись однослойными аутодермальными трансплантатами. При гигантских послеоперационных грыжах по средней линии выполнялась аутопластика по Welty (1941) у 40 (22,1%) пациентов с последующим замещением срединного апоневротического дефекта и параректальных дефектов однослойными аутодермальными трансплантатами.

Результаты лечения. Общие осложнения констатированы у 29 (16,1%) пациентов, из которых 4 (2,2%) умерли. У 24 (13,3%) человек наблюдались местные осложнения (краевые некрозы кожи, нагноения ран). АКС развился у 8 (4,4%) больных. В отдаленные сроки выявлено 6 (3,3%) рецидивов грыж.

Выводы:

1. Предложенные нами варианты передней сепарационной пластики в сочетании с аутодермопластикой позволяют выполнять герниопластику практически у большинства больных с большими и гигантскими грыжами.

2. Операции направлены на уменьшение объема органов брюшной полости, абдоминопластика в раннем послеоперационном периоде снижает риск развития АКС, а в отдаленные сроки – рецидива грыж.

А.А. Ботезату, Ю.С. Паскалов, Р.И. Райляну, Е.В. Маракуца, Л.М. Архипова

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ОТКРЫТОЙ ПЕРЕДНЕЙ ПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Кафедра хирургических болезней с циклом акушерства и гинекологии ПГУ им. Т. Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Введение. Паховая грыжа одно из самых частых хирургических заболеваний. Несмотря на существование множества способов герниопластики, вопрос лечения паховых грыж остается открытым. И это в первую очередь из-за неудовлетворительных результатов лечения. В частности доля рецидивов после традиционных способов герниопластики передней стенки пахового канала местными тканями достигает 19,6% (Абоев А.С., 2005), а при сложных формах заболевания – 30–35%. Перспективны аутопластические операции, направленные на укрепление задней стенки пахового канала с применением релаксирующих разрезов влагалища прямой мышцы. При этом рецидивы составляют от 0,4 до 3,5% (Любых Е.Н., 2008; McVay, 1974). Однако у нас к таким операциям хирурги прибегают редко.

Нами разработаны и внедрены в практику комбинированные методы герниопластики из переднего доступа сочетающие аутопластику с аутодермопластикой. При этом акцент ставился на консолидацию задней стенки пахового канала, что, по мнению L. Lichtenshtein (1987) является «ахиллесовой пятой» в паховой области.

Цель исследования. Изучить результаты лечения паховых грыж предложенными нами комбинированными методами открытой передней пластики.

Материалы и методы. На протяжении 1999–2018 гг. в хирургическом отделении ГУ РКБ г. Тирасполя было пролечено 708 взрослых пациентов с паховыми грыжами: 662 (93,5 %) мужчин и 46 (6,5 %) женщин. Первичные паховые грыжи отмечены у 609 (86 %), рецидивные – у 99 (14 %) больных. Сложные формы паховых грыж (пахово-мошоночные, скользящие, комбинированные, рецидивные, ущемленные) выявлены у 442 (62,4 %) пациента. Пациенты старше 50 лет составили 520 (73,4 %) случаев. Средний возраст оперированных больных – $56,25 \pm 0,59$ лет.

При косых и прямых паховых грыжах с незначительным разрушением задней стенки пахового канала (щелевидная либо овальная форма пахового промежутка, высота которого не превышала 3–3,5 см), аутопластика включала «гофрирование» задней стенки пахового канала путем фиксации объединенного сухожилия внутренней косой и поперечной мышц к подвздошно-лонному тяжу и пупартовой связке. При этом практически ликвидировали паховый промежуток. Консолидацию аутопластики выполняли аутодермальным трансплантатом, уложенным ретрофундикулярно и фиксированным по периметру к апоневротическим образованиям паховой области. Впереди семенного канатика ушивали апоневроз наружной косой мышцы край в край. По такой методике выполнено 258 (36,4 %) герниопластик.

При сложных формах паховых грыж, где высота пахового промежутка составляла 5 см и более применяли 2 способа:

1. Аутодермопластика с преперитонеальной укладкой трансплантата. В результате фиксации аутодермального лоскута под умеренным натяжением, высота пахового промежутка уменьшалась до 2 см. Трансплантат укрывали поперечной фасцией. Впереди семенного канатика выполняли пластику апоневроза наружной косой мышцы край в край либо дубликатуры с формированием наружного пахового кольца. Выполнено 164 (23,1 %) герниопластики.

2. Аутопластика задней стенки пахового канала, включала косопроходный релаксирующий разрез передней стенки прямой мышцы на протяжении 7–8 см, после чего латеральный край рассеченного влагалища вместе с объединенным сухожилием внутренней косой и поперечной мышц фиксировали к подвздошно-лонному тяжу и пупартовой связке до внутреннего пахового кольца. Аутодермальным трансплантатом, уложенным ретрофундикулярно, замещали образовавшийся дефект влагалища прямой мышцы. В нем проделывали поперечный разрез в проекции внутреннего пахового кольца для формирования «колечка» вокруг семенного канатика. Впереди семенного канатика ушивали апоневроз наружной косой мышцы край в край с формированием короткой дубликатуры вблизи лонного бугорка, для «прижатия» аутодермального трансплантата к внутренней косой мышце. При этом наружное паховое кольцо перемещалось на 1,5–2 см латеральнее обычного ее расположения. Выполнено всего 308 (43,5 %) герниопластик.

Результаты лечения. Отмечено 3 (0,4 %) случая общих осложнений: 1 (0,14 %) – острая кишечная непроходимость; 2 (0,3 %) – ОНМК, из них 1 (0,14 %) – большая с обширной гематомой левого полушария на 7-е сутки после операции умер. У 17 (2,4 %) пациентов наблюдались местные осложнения, в основном 16 (2,3 %) случаев посттравматические ишемические орхиты. В отдаленные сроки выявлено 9 (1,3 %) рецидивов грыж.

Выводы:

1. Предложенные способы аутопластики задней стенки пахового канала в сочетании с аутодермопластикой зарекомендовали себя как эффективные беззатратные методы с хорошими ближайшими и отдаленными результатами лечения.

2. Большинство рецидивов регистрировали после комбинированной пластики с преперитонеальной укладкой аутодермального трансплантата и передней аутопластики – 7 (4,3 %) случаев. В этой связи от такой методики в последние 10 лет отказались.

А.Н. Лембас¹, М.В. Кучинский¹, А.П. Шпеко¹, В.В. Евстратий¹,
М.В. Ивасишина¹, С.Ф. Гуменный², С.В. Скурту², К.Ю. Захарян², Д.В. Фоменко²

**ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО
ТРАКТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

ГУ «Каменская ЦРБ»
г. Каменка, Приднестровье¹
ГУ «Рыбницкая ЦРБ»
г. Рыбница, Приднестровье²

Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта (источник кровотечения расположен не ниже связки Трейца) остаются актуальной проблемой в неотложной хирургии. Основной причиной таких кровотечений традиционно считалась язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ желудка и ДПК) – 44–49%. Значительно реже источником кровотечения были острые язвы желудка или ДПК – 12–15%, синдром Маллори-Вейсса – 8–11% (Ю.М. Панцырев, 2004 г.; Гостищев В. К., 2005 г). В последние годы отмечается рост числа случаев кровотечения при острых эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного канала (Ботезату А.А., 2014 г).

Цель исследования – изучить основные причины острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта на современном этапе.

Материал и методы. Проведено открытое слепое неконтролируемое исследование историй болезни 73 пациентов, находившихся в хирургическом отделении ГУ «Каменская ЦРБ» по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) из верхних отделов пищеварительного тракта в период с 1.01.14 г по 30.06.18 г. Мужчин было 51, женщин – 22 больных; средний возраст – 61±14,4 год. Сроки госпитализации с момента заболевания: до 24 час – 21; позже 24 час – 52 больных. При поступлении в стационар всем пациентам было выполнено срочное эндоскопическое исследование (ФГС). Согласно классификации язвенных кровотечений Forest (1974 г): FI (a,b) – у 8; FII – у 28; FIII – у 37 больных. По степени тяжести

кровотечения (А.И. Горбашко, 1982 г): I степень – у 21; II степень – у 34; III степень – у 18 больных. Клинически значимая сопутствующая патология (ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, цереб्रो-васкулярная болезнь и др.) имелась у 34 (46,6%) из 73 больных. Больные с I-II степенью остановившегося ЖКК, при отсутствии выраженной сопутствующей патологии, были госпитализированы в хирургическое отделение. Основными показаниями для госпитализации в отделение реанимации были тяжелая степень кровопотери, продолжающееся кровотечение, наличие клинически значимой сопутствующей патологии.

Результаты и обсуждение. Установлено, что 52 больных (71,2%) были госпитализированы позже 24 час с момента заболевания. Основная причина поздней госпитализации – несвоевременное обращение за медицинской помощью. У 65 больных (89,0%) в момент поступления активного кровотечения не отмечалось: FII – у 28; FIII – у 37 больных.

В результате проведенного исследования (73 истории болезни), были выявлены следующие причины ЖКК из верхних отделов пищеварительного тракта: ЯБ желудка и ДПК – у 36 (49,3%) больных; острые эрозивно-язвенные поражения слизистой – у 18(24,7%); синдром Маллори-Вейса – у 5 (6,8%); болезнь оперированного желудка (БОЖ) – у 4 (5,5%); рак желудка – у 3 (4,1%); цирроз печени, варикозно-расширенные вены пищевода – у 3 (4,1%) больных. У 4 (5,5%) пациентов, при наличии признаков недавно остановившегося кровотечения, сам источник обнаружить не удалось.

Было установлено, что, из числа больных ЯБ желудка и ДПК (36 больных), у 10 пациентов язвенная болезнь была выявлена впервые при госпитализации. У остальных 26 пациентов имелся длительный язвенный анамнез, однако, только 3 из них регулярно проводилось противорецидивное лечение. Провоцирующими факторами обострения язвенной болезни, осложнившейся ЖКК у пациентов, не получавших противоязвенное лечение (23 больных), были погрешность в рационе питания, бесконтрольный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), препаратов аспирина. Причем, у 6 из 26 пациентов, не получавших противоязвенное лечение, эпизоды острого ЖКК отмечались неоднократно.

Серьезную клиническую проблему представляют собой пациенты, у которых источником кровотечения были острые эрозивно-язвенные поражения слизистой верхних отделов пищеварительного тракта (18 больных). В основном это лица пожилого и старческого возраста, имеющие клинически значимую соматическую патологию, длительно и бесконтрольно принимавшие препараты аспирина. При эндоскопическом исследовании у многих из них были выявлены множественные очаги эрозивно-язвенного поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Тяжесть состояния таких больных обусловлена не только состоявшимся кровотечением, но и декомпенсацией сопутствующей соматической патологии. Другие патологические состояния, приводящие к возникновению острого ЖКК из верхних отделов пищеварительного тракта (синдром Маллори-Вейса, рак желудка, варикозно-расширенные вены пищевода и др.) встречались в единичных случаях.

Выводы:

1. Основной причиной острого ЖКК верхних отделов пищеварительного тракта на современном этапе является язвенная болезнь желудка и ДПК (49,3% случаев).

2. В настоящее время увеличилось число случаев ЖКК из острых эрозивно-язвенных поражений слизистой верхних отделов пищеварительного канала (24.7% случаев).

3. Основными причинами, провоцирующими возникновение острого ЖКК верхних отделов пищеварительного тракта, являются бесконтрольный прием НПВП и препаратов аспирина, отказ больных, имеющих язвенный анамнез, от своевременного проведения профилактической противоязвенной терапии.

А.И. Леорда, С.Н. Гараева, В.Ф. Фурдуй, Г.В. Постолати

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО КАК СТРЕСС-ФАКТОР ДЛЯ АЗОТИСТОГО ОБМЕНА

Кафедра биологии и физиологии человека ПГУ им. Т.Г. Шевченко

г. Тирасполь, Приднестровье

Институт Физиологии и санокреатологии

г. Кишинев, Молдова

Стрессовые ситуации (травма, ожог, хирургическое вмешательство) приводят к резкому сдвигу обменных процессов в сторону повышенного катаболизма. Операционная травма вызывает существенные метаболические расстройства в организме оперируемого: нарушения белково-аминокислотного, углеводного и жирового обменов, водно-электролитного баланса, метаболизма витаминов. В зависимости от тяжести патологического процесса белки организма катаболизируются в количестве 75–150 г/сутки. Разрушение белков ведет к определенному дефициту незаменимых аминокислот, к отрицательному азотистому балансу, даже если потери белка компенсируются. Так, есть данные, которые указывают на снижение количества α -аминокислот плазмы и увеличенный клиренс глюконеогенных аминокислот в операционных условиях.

Известно, что стресс, вызванный эфирным наркозом, вызывает в гиппокампе повышение концентрации глутаминовой кислоты и таурина через 30 минут, а внеклеточной концентрации аспарагиновой кислоты через 120 минут. Эти изменения уровней аминокислот, так же, как и отношение глутамат/глутамин, коррелировали со стресс-индуцированным ростом концентрации кортикостерона в плазме. Это свидетельствует о том, что высвобождение кортикостерона может быть ответственным за изменения уровней этих аминокислот. Было отмечено, что концентрация глутамин и основных аминокислот в тканях скелетных мышц после полостной операции снижалась в первые сутки соответственно на 79 % и 67 %. Например, при больших операционных травмах дефицит глутамин сохраняется до 20–30 дней. Суммарное количество незаменимых аминокислот и аминокислот с разветвленной цепью в крови через 12 часов после операции снижается на 73 % и 84 %, а через сутки – увеличивается соответственно на 91 % и 116 %. Концентрация аланина в скелетной мышце в первые сутки возрастает на 122 %, а в плазме крови повышается через 12 часов после операции, а других аминокислот – снижается. Через 24 часа после операции концентрация аминокислот плазмы нормализуется, за исключением фенилаланина, который остается повышенным.

Во время операции на открытом сердце и в ранний послеоперационный период в плазме крови и эритроцитах уровень гликогенных аминокислот снижен, кетогенных повышен, а соотношение фенилаланин/тирозин – значительно повышено.

У больных, перенесших послеоперационную инфекцию, в плазме крови концентрация фенилаланина увеличена, а концентрации треонина, лейцина, серина, глутаминовой кислоты, глицина, аргинина, гистидина снижены. В мышцах же концентрация аргинина была снижена, глутамин и метионин не изменены, а незаменимых аминокислот увеличена.

У пациентов, перенесших серьезные хирургические вмешательства, необходимо учитывать дооперационный статус гомоцистеина и фолиевой кислоты. У больных с высоким содержанием гомоцистеина и низким содержанием фолиевой кислоты высока вероятность послеоперационных осложнений, особенно при применении анестезии с закисью азота, а также в связи с тем, что гомоцистеинемия является одним из факторов, вызывающих изменения свертывающей системы крови.

Критические состояния, сопровождающие некоторые хирургические вмешательства, вызывающие гиперкатаболизм и гиперметаболизм, приводят к нарушению баланса между продукцией и потреблением глутамин. Внутримышечная концентрация глутамин снижается (в 2 раза и более), независимо от проведения стандартной нутриционной терапии. Снижение уровня свободного глутамин мышц (20–50 % от нормального) – может считаться типичной чертой нарушения их функциональной активности, а степень и длительность дефицита глутамин зависит от тяжести заболевания. Так как глутамин является важным регулятором синтеза белка, существует отчетливая корреляция между уровнем глутамин и синтезом белка при стрессе. При критическом состоянии большие количества глутамин поступают из мышц и легких для обеспечения повышенной потребности кишечника, иммунных клеток и почек, этим объясняется выраженное снижение концентрации свободного глутамин в мышцах.

Таким образом, при действии на организм стресс-факторов внешней среды, при экстремальных состояниях организма азотистый метаболизм значительно изменяется. Лимитируемость аминокислоты в этих условиях определяется не только уровнем протеина, сбалансированностью рационов по аминокислотному составу, усвояемостью аминокислот организмом, но и природой, силой и продолжительностью действия стресс-фактора.

И.А. Акперов¹, Г.И. Грибенчиков², Ю.А. Бутенко¹

ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

¹Кафедра хирургии с циклом онкологии ПГУ им. Т.Г. Шевченко

²ГУ ТРКБ, отделение хирургии

На XXX конгрессе французских хирургов 5 октября 1921 года с кратким сообщением выступил хирург из Парижа Н. Hartman [Гартман Генри Чарльз Альберт Антуан (1860–1952) выдающийся французский хирург, доктор медицины, член Французской академии Медицины]. Он доложил о выполненных им двух опе-

рациях – резекциях поражённого опухолью сегмента толстой кишки. В октябре 1925 года на XXXIV конгрессе французских хирургов Гартман сделал сообщение о семи подобных операциях. На первом этапе у этих пациентов была наложена колостома в связи с развитием обтурационного илеуса. Более подробно эту операцию описал в 1927 году ученик Гартмана Супо (Soupault), который впервые назвал её операцией Гартмана. Авторы считали показанием к этому вмешательству наличие неосложнённого рака, а также доброкачественные поражения толстой кишки. Гартман выполнял операцию через полулунный разрез в левой подвздошной области и выводил одноствольный анус в верхнем углу этого разреза. Супо допускал применение срединной лапаротомии с выведением ануса через отдельный разрез. Авторы предлагали два варианта обработки дистальной культы: при «низкой культe» прямой кишки её ушивали и погружали под тазовую брюшину. Если оставалась «высокая» культя прямой или сигмовидной кишки, то её после ушивания оставляли в брюшной полости.

Следует отметить, что идея удаления сегмента толстой кишки без восстановления её проходимости была высказана английским хирургом Lockhart – Mummerуе-щё в 1908 году.

В России операцию Гартмана по поводу рака толстой кишки в 1929 году выполнил Н.Н. Петров, который назвал её операцией Коффи-Гартмана (1929 г.), или одномоментной чрезбрюшинной операцией по Гартману (1939).

В отечественной литературе эта операция имеет различные названия, причём одни хирурги относят её к экстирпации, другие к резекции толстой кишки. По нашему мнению описанное вмешательство следует назвать «резекция прямой кишки по Гартману» или «резекция сигмовидной кишки по Гартману». Определение «внутрибрюшинная» можно опустить, так как резекцию сигмовидной кишки можно выполнить только через брюшную полость, а резекцию прямой кишки хотя и можно произвести из внебрюшинного доступа, но указание «по Гартману» означает доступ через брюшную полость.

Данное оперативное вмешательство имеет следующие положительные моменты:

- удаление опухоли на первом этапе,
- устранение причин осложнений опухолевого процесса (обтурационная кишечная непроходимость, перфорация опухоли),
- сохранение дистального сегмента толстой кишки или прямой кишки, необходимого для выполнения реконструктивной операции – восстановления непрерывности кишечной трубки.
- малая травматичность и достаточный радикализм.

В последние десятилетия в связи с повышением онкологических требований признаётся обязательным удаление поражённых опухолью сегмента кишки с перевязкой и пересечением основных кровеносных сосудов и адекватной лимфодиссекцией.

В Тираспольской Республиканской клинической больнице за последние три года (2015–2017) операцию Гартмана применили у 47 больных при опухоли ободочной и прямой кишки.

Выводы:

1. Несмотря на 90-летнюю историю операция Гартмана является радикальным вмешательством,

2. Данное оперативное пособие отвечает всем современным онкологическим принципам лечения осложнённого рака сигмы и прямой кишки,

3. Вклад Гартмана в становление и развитие хирургического лечения рака ободочной кишки имеет большую практическую значимость.

И.А. Акперов, К.М. Тагиев, Г.И. Гривенчиков

ОПЕРАЦИЯ МИКУЛИЧА: НЕКОТОРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДАННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Кафедра общей хирургии с циклом онкологии ПГУ им. Т.Г. Шевченко

ГУ ТРКБ, отделение хирургии

г. Тирасполь, Приднестровье

В 1893 году Ян Микулич-Радецкий (Jan Mikulicz-Radecki) произвел «экстериоризацию» (от лат. exterior – наружный, внешний; означает переход действия из внутреннего во внешний план) и отложенную хирургическую резекцию рака поперечной ободочной кишки.

Микулич-Радецкий Ян (Йоханн) фон (1850–1905) – выдающийся польско-австрийский хирург, профессор Кенигсбергского и Бреславльского университетов, ученик Т. Бильрота. Разрабатывал способы оперативного лечения заболевания желудка и кишечника, эндемического зоба, методы асептики и антисептики предложил ряд хирургических инструментов; ввел в клинику методы исследования пищевода и желудка – эзофагоскопию и гастроскопию (1881); описал (1892) двухстороннее поражение слюнных и слезных желез – болезнь Микулича.

Микулич один из первых понял принципиальное значение двухэтапных операций и, опираясь на единичные наблюдения своих предшественников, выработал собственный способ, который значительно снизил летальность после операции на ободочной кишке, считая в то время этот способ одним из главных достижений в области колоректальной хирургии, Микулич возвел двухэтапную операцию в метод. Эта методика, опубликованная Микуличем в 1902 году, до сих пор используется с разнообразными модификациями для лечения осложненного кишечной непроходимостью рака кишки, некротизирующего энтероколита.

Методика, с модификациями, стала известной как операция Paul-Mikulicz или Bloch-Mikulicz.

Операция Микулича – это способ двухэтапной резекции ободочной кишки с формированием двухствольной колостомы на I этапе, закрытие колостомы и восстановление кишечной проходимости на II этапе. Микулич предлагал следующий вариант: участок с опухолью мобилизуют, клиновидно иссекают брыжейку, приводящую и отводящую петли ободочной кишки, отступя на 3–4 см от опухоли, сшивают между собой на расстоянии 6–10 см, чтобы между ними не попала брыжейка. Далее восстанавливают целостность брыжейки. Через отдельный разрез передней стенки живота петлю кишки с опухолью выводят за пределы брюшной полости. На месте выхода соединенные между собой в виде двухстволки приводящие и отводящие отрезки кишки фиксируют к париетальной брюшине, при этом не менее половина шпору остается в брюшной полости. Через 2–3 дня выведенную

петлю с опухолью отсекают, оставляя небольшой участок кишки над кожей. Отводящую часть кишки завязывают толстой лигатурой, а в приводящий конец вводят и фиксируют трубку для отведения кишечного содержимого. На 10–14 сутки накладывают раздавливающую шпору зажим. Закрытие свища может затянуться на несколько месяцев из-за повторных вмешательств для его закрытия.

В современной онкохирургии операция Микулича в чистом виде предложенная автором, не применяется.

В свете современных онкологических требований операция выполняется по измененной методике с соблюдением необходимых условий абластики и одномоментной резекцией пораженного опухолью сегмента толстой кишки с перевязкой и пересечением основных сосудов и адекватной лимфодиссекцией. На этом же этапе формируется двухствольная раздельная колостома, как правило в левой подвздошной ямке.

Отличие операции Микулича от обычной резекции по поводу рака заключается в отказе от первичного анастомоза и в формировании двухствольной колостомы. Выполнение операции в указанном объеме соответствует требованиям онкологического радикализма и позволяет надеяться на стойкое выздоровление и возможность проведения в дальнейшем восстановительного этапа лечения. Основной недостаток этой операции – наличие колостомы.

По данным Г.И. Воробьева (1994), показаниями для выполнения операции Микулича в настоящее время являются:

- осложненный рак левой половины ободочной кишки,
- осложненный дивертикулез сигмы,
- заворот сигмы, осложненный некрозом,
- осложненный рак сигмы у ослабленных больных.

Выводы:

1. Вклад Яна Микулича в становление и развитие хирургического лечения рака ободочной кишки имеет большую практическую ценность.
2. Операция Микулича, несмотря на 110-летнюю историю, в современной модификации является радикальной операцией.
3. Операция Микулича отвечает всем современным онкологическим принципам лечения осложненного рака ободочной кишки.

С.И. Ульянов, В.С. Моисеев, Н.С. Наумов

ЭНДОСОПИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОИНЦИЗИЯ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

*Хирургическое отделение ГУ БЦМиР
г. Бендеры, Приднестровье*

Введение.

Уретероцеле является одной из частых причин нарушения пассажа мочи по мочеточнику и развития гидроуретеронефроза. В лечении больных с уретероцеле используются хирургические и эндоскопические методы.

Несмотря на высокую эффективность, хирургические вмешательства имеют существенные недостатки: травматичность, длительность послеоперационного пе-

риода, риск таких осложнений, как кровотечение, обструкция анастомозов, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, обструктивный пиелонефрит. Метод сопровождается материальными затратами.

В противовес этому, эндоскопическое лечение уретероцеле позволяет провести декомпрессию верхних мочевыводящих путей и избежать неоправданных травматических операционных вмешательств.

Цель исследования.

Изучение безопасности и эффективности применения методики эндоскопического вскрытия уретероцеле.

Материалы и методы исследования.

За период с 2014 по 2018 гг. в детском хирургическом отделении (на урологических койках) проведено эндоскопическое лечение 9 детей (4 мальчика, 5 девочек) с 10 уретероцеле. У всех детей патология МВС обнаружена при УЗИ МВС (мочевыделительной системы).

Проведенное комплексное обследование, включающее ультрасонографию, УЗИ МВС с ФП (фармакопроба), радиоизотопную динамическую нефросцинтиграфию, цистографию, экскреторную урографию (по показаниям) – во всех случаях позволило выявить уретероцеле, диагностировать аномалию суженного мочеточника, оценить состояние пораженной почки. Цистоуретероскопия была заключительным исследованием, при котором определялся тип уретероцеле и решался вопрос о технике его вскрытия.

Ортопическое уретероцеле выявлено у 7 детей (один ребенок с уретероцеле с двух сторон), эктопическое – у одного ребенка с ПМР (пузырно-мочеточниковый рефлюкс) второй степени в смежный мочеточник.

При оценке исходящего состояния мочевыводящих путей отмечается корреляция между тяжестью нарушения функции почки и выраженностью дилатации мочеточника. Изменения были тем выраженнее, чем дистальнее располагалось устье уретероцеле.

Патология смежного мочеточника, при полном удвоении, выявлена в одном наблюдении – ПМР второй степени.

Техника эндоскопической электрорезекции уретероцеле.

Во всех случаях проводили продольную электроинцизию длиной от 2 до 5 мм. В ходе оперативного вмешательства осложнений не отмечено. Всем больным перед выпиской выполнялась ультрасонография.

Сокращение уретероцеле (ЧЛС и мочеточников) как минимум в 2 раза, отмечено во всех случаях.

Результат.

Во всех случаях зарегистрировано сокращение чашечно-лоханочной системы и мочеточника пораженной почки, что свидетельствовало об адекватной декомпрессии верхних мочевыводящих путей. ПМР смежного мочеточника самопроизвольно купировался (при эктопическом уретероцеле).

Ятрогенные ПМР II степени диагностированы в 3 случаях. Во всех случаях ятрогенных ПМР проводили эндоскопическое трансуретральное лечение с применением имплантатов. Следует отметить, что ятрогенный ПМР не является осложнением, или результатом ошибок в технике выполнения операции, а возни-

кает в результате анатомо-патфизиологических факторов пузырно-мочеточникового сегмента и вероятность его появления напрямую зависит от степени расширения мегауретера.

Выводы:

Обеспечение декомпрессии верхних мочевых путей благотворно сказывается на функции пораженной почки.

После эндоскопического рассечения уретероцеле возможно самопроизвольное купирование патологии смежного мочеточника при полном удвоении почки.

Применение эндоскопического лечения уретероцеле позволяет:

1. Получить положительные исходы лечения и избежать проведения травматических операций.

2. Сократить сроки пребывания больного в стационаре до 5–6 койко/дней.

3. Значительно сократить затраты на лечение больного.

В. Шкиопу¹, Л. Антоchia², В. Годорожа², Н. Коробчан¹, М. Чернат², Н. Гидирим¹

РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫЕ САРКОМЫ – КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

¹ Университет Медицины и Фармации им. «Николая Тестемичану»

² НИИ Онкологии Молдовы

г. Кишинев, Молдова

«Немая» или замедленная симптоматика забрюшинных опухолей задерживает адресную помощь пациента до врача. Когда пациенты обращаются к врачу, у них развивается болезнь, опухоль сжимает или даже вторгается в соседние органы.

Цель исследования: оценить эффективность диагностики и лечения пациентов со злокачественными забрюшинными опухолями.

Методы. Исследование было аналитическим, в которое вошли пациенты старше 18 лет, которые были допущены к IMSP Ю из Кишинева в 2005–2017 годах и у которых были диагностированы примитивные забрюшинные опухоли. Окончательный диагноз был установлен гистологическим или иммуногистологическим исследованием образцов, выполненным в лаборатории гистопатологии IMSP Ю. Классификация злокачественных забрюшинных опухолей проводилась на основе классификации ВОЗ опухолей мягкой ткани и кости. Четвертое издание “.

Результаты: В период с 2005 по 2017 год у 188 пациентов был диагностирован ГТО, в 93 случаях была определена одна из форм саркомы мягких тканей (49,46 %). Из них 50 женщин (53,76 %) и 43 мужчины (42,24 %), возраст от 19 до 73 лет, средний возраст – 57 лет. Анализируя гистологический профиль злокачественных забрюшинных опухолей, саркомы мезенхимального происхождения (37,23 %) были идентифицированы в 70 случаях и в 23 случаях (12,23 %) злокачественных новообразований нейронов. Наиболее частыми клиническими проявлениями были: боль в животе различного характера в 79 случаях (84,94 %), дисфункция кишечного транзита в 72 случаях (77,41 %), дисфункция мочи в 60 случаях (64,51 %) и опухоль с остеопорозом в 93 случаях (100 %). Для диагностики опухоли абдоминальный ЗГС использовался в 93 случаях (100 %), брюшной ТТ (с контрастностью или без) в 81 случае (87,09 %) и МРТ в 16 случаях (17,20 %). Обнаруженные массы

опухолей были более 10 см в Dm, средний диаметр составлял 16,0 см. Хирургическое лечение было факультативным, пациенты проходили хирургическое лечение. Радикальное хирургическое лечение было возможным в 83 случаях (89,24), в 2 случаях (2,15 %) была проведена циторедуктивная операция, а в 8 случаях была выполнена лапаротомия. Для достижения радикальности в 29 случаях были проведены комбинированные операции. Чаще всего он удалялся: почечные 11 случаев, 7-я влагалище, 7 тонких кишек и 5 селезенки. Частота рецидива после применяемого хирургического лечения составляла 21,50 %.

Вывод: PMRT представляет собой группу редких онкологических патологий, которые посредством медленных и обманчивых клинических проявлений бросают вызов диагностическим и лечебным навыкам современных врачей. Несмотря на то, что доступ к диагностике и лечению увеличивается, адресность пациента является запоздалой, когда опухоли имеют определенную степень местного развития и включают в себя соседние органы. Возраст пациентов, страдающих от относительно молодого заболевания, делает развитие и прогрессирование опухоли довольно агрессивным, а частота рецидивов опухоли после применения хирургического лечения увеличивается.

Рашкова В.Н., В.П. Рашков, И.В. Гарби, М.Г. Гузган
ЭНДОСКОПИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В МОЛДОВЕ

*Институт Матери и Ребенка
г. Кишинев, Молдова*

Введение. Использование эндоскопии призвано значительно облегчить труд врача – хирурга, гастроэнтеролога, пульмонолога и в то же время повысить качество оказания медицинской помощи,

Цель. Изучение влияния применения новых эндоскопических разработок на выявляемость патологии у детей и возможностей более раннего восстановления нарушенных функций организма и сокращения сроков пребывания в стационаре.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 38 летней деятельности эндоскопического отделения. Используются волоконные и цифровые, гибкие и жесткие эндоскопы производителей Olympus и Storz.

Результаты. За этот период поведены более 150 000 диагностических и более 6200 лечебных эндоскопических исследований и манипуляций органов пищеварения, дыхательной системы и мочеполовых путей у детей.

Эндоскопия пищеварительного тракта в детской хирургии – 91,2 %. Эндоскопические исследования *при желудочно-кишечных кровотечениях*, выполняли на высоте кровотечения или в ближайшем периоде. Более 22 % случаев кровотечений занимали поверхностные поражения слизистой оболочки. В 0,1 % случаев причиной кровототери были полиповидные образования. Из всех диагностических исследований удельный вес *отравления* составляли 0,5 %. В 32 % случаев поражения являлись очень глубокими и в последующим приводили к стриктурам. Одной из ведущих проблем детской хирургии являются *пороки развития пищеварительного тракта*. Эзофагогастроуденоскопия, проводимая у новорожденных и груд-

ных детей по поводу «срыгивания и рвоты», показала, что среди обследованных 23 % занимали дети с пороками развития пищевода (атрезия, врожденный стеноз, мембрана и кольца, эзофагеальные и диафрагмальные грыжи), гипертрофический пилоростеноз и др.

При установлении причин абдоминальной боли в 3 % случаев они явились поводом к хирургическим вмешательствам. Наиболее частой причиной абдоминальных болей (до 80 %) были выявленные эндоскопически *хронические воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки*. В 5,3 % случаев из них это были эрозивно-язвенные поражения. Частота ассоциированных с *Helicobacter Pylori гастритов* по нашим данным достигает 86 %.

Эндоскопия в торакальной хирургии – 3,1 %. Позволила выявить *многообразие причин, способствующих обструкции дыхательных путей*. У больных с хроническими воспалительными заболеваниями легких длительно леченных по месту жительства (в 27 % случаев) эндоскопически брали промывные воды для изучения *фармакокинетики антибиотиков*.

Эндоскопия в урологии и детской гинекологии – 1,2 %. В 0,7 % случаев эндоскопически обнаружены аномалии развития мочевого пузыря и мочеточников. В детской гинекологии чаще всего были востребованы лечебные манипуляции – удаление инородных тел влагалища.

Лечебная эндоскопия 4,5 %. Стали широко внедряться *методы эндобронхиальной терапии бронхолегочных заболеваний*. Важное значение имеет *лечебная фиброэндоскопия при заболеваниях органов пищеварения* при неотложных состояниях: гемостаз инъекционный при кровотечениях из язв, из варикозно расширенных вен пищевода (0,3 %). Эндоскопическое лигирование вен пищевода (0,1 %) проводили на высоте кровотечения и в плановом порядке. Эндоскопическое удаление полипов (15 %) любой локализации в желудочно-кишечном тракте. Применяли метод дилатации стриктур пищевода разной этиологии под контролем зрения. Детям, нуждающихся в паллиативной помощи для поддержания питания эндоскопически накладывали, извлекали и меняли *чрезкожную гастростому*. Эндоскопическое удаление инородных тел (более 3000 за этот период) из всех полых органов.

Выводы:

Эндоскопическая хирургия и лечение в педиатрии становится все более актуальной. В современном многопрофильном педиатрическом стационаре должны быть представлены все направления современной эндоскопии.

Пациенты с синдромом болей в животе должны обследоваться эндоскопически на догоспитальном этапе.

В.Г. Мазур, И.Ф. Гарбуз, М.Б. Антонюк, А.А. Моисеенко, Д.М. Гуцул, Е.А. Булаев,
А.М. Дубровина, Ю.С. Жекова, А.Н. Казакевич, Л.А. Белокур

КИСТЫ ШЕИ У ДЕТЕЙ

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

Кисты шеи относят к числу врожденных патологий, возникающих в результате нарушения нормального эмбрионального развития плода. Киста шеи – полое опухолевидное образование, располагающееся по передней или боковой поверхности шеи. В некоторых случаях сочетается с врожденным свищем шеи. Иногда свищ образуется уже в детском или даже взрослом возрасте в результате нагноения кисты.

Боковая киста шеи представляет собой полость между жаберными бороздами, которые в норме должны исчезать по мере развития плода. Она формируется при аномалии развития жаберных щелей на четвертой – шестой неделях беременности.

Срединная киста образуется при перемещении зачатка щитовидной железы из места ее формирования на переднюю поверхность шеи по щитовидно – язычно-му протоку. Это происходит на шестой – седьмой неделях беременности.

Материалы и методы: проведен анализ оперативных вмешательств с кистами шеи в ГУ «РЦМиР» детей с характерными клиническими признаками за период с 2013 по 2018 год.

Результаты и их обсуждение:

За данный временной период в хирургическое отделение ГУ «РЦМиР» госпитализированы 19 детей, из них по поводу срединной кисты шеи 12 случаев (63,2 %) и 7 с боковой кистой шеи (36,8 %), мальчиков 9 (47,3 %) девочек 10 (52,7 %) в возрасте от 5 до 12 лет. В 13 (68,4 %) случаях с наличием свищевого хода и отделяемого. Чаще всего это боковые кисты шеи – 12 случаев, при этом наличие отделяемого являлось единственной причиной обращения к хирургу. Во всех случаях срединных кист шеи основная жалоба и причина обращения это опухолевидное образование в подъязычной области по средней линии, в 2 случаях с признаками воспаления кисты.

В 3 случаях отмечалась двухсторонняя локализация боковых кист шеи.

Диагностика срединных и боковых кист шеи проста и состоит из физикального осмотра, УЗИ образования, компьютерная томография или МРТ шеи. МРТ шеи проводилось при больших размерах боковых кист для определения анатомо – топографического соотношения кисты и окружающих тканей и для дифференциальной диагностики с другими образованиями шеи.

Оперативные вмешательства проводились в плановом порядке, при наличии воспалительных явлений (2 случая) в 2 этапа – вскрытие и дренирование с последующим радикальным удалением в плановом порядке. При боковых кистах проведено одномоментное удаление через один разрез в области наружного отверстия свищевого хода в 5 случаях, в остальных через 2 оперативных доступа – дополнительным, в подчелюстной области. В 3 случаях боковых кист шеи, свищевой ход

проходил до дна полости рта, в остальных случаях на различном уровне кивательной мышцы.

При удалении срединной кисты шеи всегда проводилась резекция подъязычной кости в зоне прикрепления.

Послеоперационное течение без особенностей. В 2 случаях срединных кист шеи отмечался рецидив, который появился на 36 и 41 день после операции. В данных случаях, при первичной операции проводилась частичная резекция подъязычной кости в зоне видимости прикрепления кисты, которая на самом деле имела более широкую зону фиксации и нуждалась в расширенной резекции.

Выводы:

1) при планировании оперативного вмешательства большим размером боковых кист необходимо проведение современных методов визуализации (МРТ, СКТ), для определения анатомо-топографического соотношения кисты и окружающих тканей и для дифференциальной диагностики с другими образованиями шеи;

2) учитывая случаи рецидива образования, необходимо проведение более расширенной резекции подъязычной кости (в пределах разумного), так как зона фиксации кисты может иметь более широкую, чем видимая область.

В.Г. Мазур, И.Ф. Гарбуз, М.Б. Антонюк, Д.М. Гуцул, Н.С. Бордиян,

Н.В. Шабалин, Е.А. Булаев, А.М. Дубровина, Ю.С. Жекова, А.Н. Казакевич, Е.М. Боцу

ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ

Государственное учреждение «Республиканский центр матери и ребенка»

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины ПГУ им. Т.Г. Шевченко

г. Тирасполь, Приднестровье

Основные виды грыж передней брюшной стенки, встречающиеся в детском возрасте, являются грыжи пупочного кольца (пупочная, параумбиликальная) и паховые грыжи. Реже, грыжи белой линии живота.

Пупочная грыжа формируются в следствие не зарращения апоневроза пупочного кольца. Грыжевым содержимым является брюшина (чаще всего), сальник и/или петли тонкого кишечника. Приблизительно у 20 % новорожденных выявляется дефект апоневроза различных размеров. Спонтанное излечение пупочных грыж скорее является правилом, чем исключением.

Врожденные паховые грыжи у детей являются локальным проявлением синдрома мезенхимальной недостаточности. Паховые грыжи в детском возрасте как правило, косые, т. е. проходят по паховому каналу через его внутреннее и наружное отверстие. Грыжевой мешок представляет собой частично или полностью необлитерированный влагалищный отросток брюшины. Часто паховых грыж у детей от 1 до 5 %, соотношение мальчики/девочки от 8:1 до 10:1.

Материалы и методы: проведен анализ хирургического лечения грыж передней брюшной стенки в ГУ «РЦМиР» за период 2013 год – 9 месяцев 2018 года. Поступило 751 детей, грыжа пупочного кольца – 427 (56,8 %), паховая грыжа – 320 (41,4 %), грыжа белой линии – 14 (1,8 %). В плановом порядке поступило 714 (95,1 %), 37 (4,9 %) – по экстренным показаниям.

Результаты и их обсуждение:

Грыжи пупочного кольца и передней брюшной стенки оперированы классическими способами используемые в детской хирургии. Ущемлений данных вид грыж за анализируемый период мы не наблюдали. Соотношение мальчиков/девочек 1,6:1. Средний возраст 6,8 лет.

Паховые грыжи 320 случаев, в основном односторонней локализации 293 (91,5%), двусторонние – 27 (8,5%), преобладали мальчики 6:1. В плановом порядке поступило 283 ребенка. Средний возраст 5,2 года. Оперативное вмешательство в плановом порядке проведено 297 детям. Проведены классические операции используемые в детской хирургии (Дюамеля I типа, Ру, Мартынова).

За данный период времени госпитализировано 37 детей (4,9%) с ущемленными паховыми грыжами. Средний возраст 3,5 месяцев. Соотношение мальчиков/девочек 3,6:1. Средние сроки с момента ущемления 10,3 часа. Консервативное разущемление проведено в 16 случаях. В 2 случаях без эффекта, дети оперированы по экстренным показаниям. Интраоперационно выявлено ущемление подвздошной кишки. Остальные оперированы в плановом порядке. При сроках больше 12 часов от момента ущемления поступил 21 ребенок. Оперированы в экстренном порядке. Выявлено интраоперационно ущемление петель подвздошной кишки – 9, аппендикса – 2 и купола слепой кишки – 3, прядь сальника – 4, яичник – 3. В 3 случаях при большом грыжевом содержимым во время операции отмечалось сдавление яичка, которое не восстановилось. В последующем яичко атрофировалось.

В 1 случае (ребенок госпитализирован через 24 часа от ущемления) произведена резекция илеоцекального угла и 20 – 25 см подвздошной кишки с первичным анастомозом конец – в – конец. При ущемлении яичника у девочек в 2 случаях произведено удаление яичника и придатков с данной стороны (давность ущемления 4–5 часов).

Выводы:

Таким образом, грыжи передней брюшной стенки у детей достаточно частая патология и необходимо обратить внимание на возможные осложнения при ущемленных паховых грыжах, которые иногда достаточно катастрофичны.

Л.Н. Азбукина, О.С. Чебан

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ

*Кафедра хирургических болезней с циклом акушерства и гинекологии ПГУ им. Т.Г. Шевченко
ГУ РЦ МиР, Центр репродуктивного здоровья и планирования семьи
г. Тирасполь, Приднестровье*

В настоящее время угрожающий выкидыш (как ранний, так и поздний) является наиболее часто встречаемой патологией, осложняющей течение беременности. По данным разных авторов, угроза прерывания сопровождает от 15 до 40% всех беременностей и занимает первое место среди показаний к госпитализации в I и II триместрах беременности. Данная патология характеризуется повышенным тонусом миометрия, который регулируется вегетативной нервной системой. Син-

дром вегетативной дистонии у женщин с угрозой прерывания беременности остается недостаточно изученным.

Цель работы

Целью настоящей работы явилось выявление вегетативной дисфункции у беременных с самопроизвольным выкидышем (угрожающим и начавшимся), определение преобладающего отдела вегетативной нервной системы.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 60 беременных женщин в возрасте от 18 до 30 лет со сроком беременности до 22 недель. Все беременные были разделены на 2 группы. В первую (основную) группу (38 женщин) были включены беременные, находившиеся на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания беременности, во вторую группу (контрольная) – 22 женщины с неосложненным течением беременности. Из исследования были исключены беременные с экстрагенитальными и сопутствующими гинекологическими заболеваниями.

Состояние вегетативной нервной системы у беременных было оценено по специальным шкалам (анкеты-опросники женщины заполняли самостоятельно). Вегетативная дисфункция диагностировалась при сумме баллов более 15. Для определения преобладающего отдела вегетативной нервной системы рассчитывали индекс Кердо: $ВИ = (1 - АД/ЧСС) \cdot 100\%$. Результат более 1 расценивали как симпатикотония, менее 1 – ваготония. Результат, равный 0, свидетельствует об эйтонии.

Результаты и обсуждение

В основной группе вегетативные нарушения имели место у 35 женщин (92 %) и лишь у 3 (8 %) они отсутствовали. В контрольной группе только 2 женщины (9 %) имели вегетативную дисфункцию, при этом течение беременности у них было гладким.

Беременные первой группы с нарушениями вегетативной нервной системы были разделены на 2 группы по сумме баллов: группа 1А (15–30 баллов) – 25 женщин (71 %), группа 1В (31 балл и более) – 10 женщин (29 %). В группе 1В у 8 женщин (23 % всех случаев вегетативных нарушений) повторно возник риск угрозы прерывания беременности, а в группе 1А – у 5 женщин.

Прогноз угрожающего выкидыша зависит от выраженности вегетативной дисфункции. Так, в группе 1В у 2 женщин (6 % всех случаев вегетативных нарушений) угрожающий выкидыш перешел в следующую стадию – начавшийся выкидыш, который в 1 случае закончился прерыванием беременности. В группе 1А был зарегистрирован 1 начавшийся выкидыш, но беременность удалось сохранить.

В ходе работы у беременных с вегетативными нарушениями оценен тип этих изменений. Преобладание симпатического отдела отмечено у 31 женщины (88,5 %), а парасимпатического – у 4 женщин (11,5 %). При этом парасимпатикотоники зарегистрированы только в группе 1А. В контрольной группе вышеуказанные изменения вегетативной нервной системы затрагивают только парасимпатический отдел (2 женщины).

Большинство женщин с вегетативными нарушениями имели провоцирующие факторы в анамнезе: курение отмечали 29 женщин (83 %), употребление алкоголя эпизодически – 30 женщин (86 %), ранее работали на эмоционально напряженной работе – 18 женщин (51 %).

Выводы

У женщин с угрозой прерывания беременности отмечается дисфункция вегетативной нервной системы, которое характеризуется преобладанием, как правило, симпатического отдела вегетативной нервной системы. Степень вегетативной дисфункции и возможность сохранения беременности находятся в прямо пропорциональной зависимости. У большинства женщин с преобладанием тонуса симпатического отдела и самопроизвольным выкидышем, находящимся на разных стадиях, выявлены провоцирующие факторы данного осложнения беременности.

Таким образом, еще на доклиническом этапе в группе риска можно проводить превентивную профилактику этого осложнения беременности и снизить количество самопроизвольных выкидышей.

Т.А. Чепендюк

КОНФИГУРАЦИОННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ЗУБНОЙ КРИПТЫ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

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

Summary: The physiology of teeth remains isn't opened so far that significantly complicates the solution of the clinical tasks connected with violation of eruption. So far researchers didn't consider an alveolus as the participant of eruption. The morfometrirovana an alveolus and an established fact of its «pritalivaniye» (in a rudiment neck - a zone of formation of future perio-dontium) and the subsequent division into two functionally counteracting segments was us for the first time: the proximal segment activates eruption, pushing out tooth, and distalny - inhibits ad-vance of tooth, at the expense of the functioning enamel body.

Цель исследования: выявление антропометрических аргументов, подтверждающих изменчивость конфигурации крипты постоянных зубов.

Материалы и методы исследования: 196 ортопантограмм (ОПТГ) детей в возрасте 6- 12 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении ОПТГ на стадии формирования зубного зачатка видны «пустые» крипты с чёткими гладкими контурами.

На стадии минерализации тканей зубного зачатка видно, что проксимальный и дистальный диаметры практически одинаковы и составляют $14\pm 0,25$ мм, а средний диаметр немного больше ($16\pm 0,5$ мм).

На стадии сформированного зубного зачатка визуализирована конгруэнтность зачатка с основанием зубной крипты: проксимальный и средний диаметры составляют 11 и 12 мм, а дистальный больше них в 1,5–2 раза ($19,5\pm 0,75$ мм).

Заключение:

Морфометрический анализ ОПТГ выявляет 3 стадии трансформации конфигурации костной стенки крипты: роста, апогея и сегментации. В стадии сегментации: дистальный сегмент характеризуется увеличением поперечного дисталь-

ного размера (до 2-х раз), соответственно расширяется и направляющий канал по которому перемещается зуб в процессе его прорезывания.

Б.В. Серeda

ЗНАЧЕНИЕ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ

*Республиканский центр матери и ребенка, отделение диагностики
г. Тирасполь, Приднестровье*

При оперативном родоразрешении кесаревым сечением на матке остается рубец. При вынашивании следующей беременности имеет значение состоятельности рубца, при его несостоятельности может в любой момент произойти разрыв матки, что угрожает гибели матери и плода при отсутствии экстренной хирургической помощи. Эхография помогает определить состояние послеоперационного рубца.

Цель работы. Проанализировать значение УЗИ для диагностики состоятельности рубца на матке и своевременного родоразрешения.

Материалы и методы. Рассмотрено 72 истории родов с рубцом на матке, где было произведено УЗИ рубца с целью определения его состоятельности и времени родоразрешения.

Эхография – основной метод исследования, который позволяет достоверно определить толщину рубца, форму, структуру (наличие ниш и выпуклостей), определить дефект рубца или расхождение швов. УЗИ делает предварительный или вспомогательный вклад в диагностику состоятельности рубца. О несостоятельности рубца говорит неровность наружного контура рубца (утолщение, истощение), утолщение миометрия в виде узловых структур, прерывистость тени рубца, уменьшение толщины его (истончение менее 3 мм).

По данным ВОЗ (данные европейских исследований), минимально допустимая толщина состоятельного рубца, при котором даже возможны повторные самостоятельные роды – 3,5 мм, определяемые в сроке 36–38 недель, при меньшей толщине не рекомендуется считать несостоятельными, но самостоятельные роды нежелательны. В России принято считать нормальной толщину рубца более 2,5 мм. Все, что меньше увеличивает риск разрыва матки не только при схватках, но и во время вынашивания ребенка.

Всего родов с рубцом на матке в 2017 году было 146, из них 144 родоразрешены операцией кесарево сечение (в 8 случаях было по 2 рубца на матке, в 1-3 рубца), в 2 случаях роды проведены через естественные родовые пути (женщины поступили с активной родовой деятельностью в начале II периода родов), им УЗИ не проводилось.

В плановом порядке произведено кесарево сечение в 94 (64,6 %) случаях, в срочном – 50 (34,5 %). Основные показания к операции кесарево сечение в срочном порядке – дородовое излитие вод (19), плацентарная дисфункция, СЗРП (5), предлежание плаценты (3), преждевременная отслойка плаценты (2), тяжелая преэклампсия (4), тазовое предлежание (6) и другие. В 4-х случаях выявлено во время операции расхождение послеоперационного рубца (из них 2 женщины сельские, 1 – из Бендер), госпитализированы и в течение 1–2 дней прооперированы в срочном

порядке (дистресс-синдром плода, предлежание плаценты, ВИЧ, преждевременное отхождение вод), УЗИ рубца им не проводилось.

Состояние послеоперационного рубца определено при эхографическом исследовании у 72 (49,3 %) женщин. Уменьшение толщины рубца менее 2,5–2 мм выявлено у 7 (9,7 %), неравномерность рубца у 2 (2,7 %). В 1 случае диагностирована на УЗИ несостоятельность послеоперационного рубца, беременная прооперирована, выявлена частичная несостоятельность рубца.

Операции кесарево сечение у женщин с рубцом на матке и нормальном состоянии рубца (по данным УЗИ) проводилось в плановом порядке, а при истончении и неравномерности рубца прооперированы в течение 1–2 дней после УЗИ, на операции явных дефектов рубца не выявлено.

Выводы:

На основании анализа можно сделать вывод, что для благоприятного исхода родов необходимо: осмотр послеоперационного рубца на матке беременным в сроке 36–38 недель для определения его состоятельности и прогнозирования возможности проведения родов через естественные родовые пути.

Обязательная дородовая госпитализация.

Эхография послеоперационного рубца в стационаре для решения вопроса о методе и сроках родоразрешения для профилактики разрывов матки.

Литература

1. Краснополский В.И., Радзинский В.Е. Логунова Л.С., Буянова С.К., «Кесарево сечение». М., ТОО, Техлит, 1997. С. 285.
2. Абрамченко С.И. «Кесарево сечение», М., 2013. С.167.
3. Стрижаков А.К., Лебедев В.А., «Кесарево сечение в современном акушерстве», М., 2012. С. 114.

Б.В. Серeda

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*Республиканский центр матери и ребенка, отделение диагностики
г. Тирасполь, Приднестровье*

Для ознакомления представляется случай из практики, сопряженный с некоторыми трудностями в диагностике (этиология, топография) и в дифференциальной диагностике. Эти затруднения были обусловлены нестабильной клинической картиной, а также возрастом пациентки – 8 лет.

При осмотрах, УЗ-исследованиях ставился предположительный диагноз: образование в левой подвздошной области ?, киста брыжейки ?, лимфангиома брыжейки ?, выраженная аэроколия. На компьютерной томографии (КТ) – жидкостное образование малого таза, широким основанием прилежит к прямой кишке, вероятнее всего энтерогенная киста.

Самым достоверным следует считать ответ УЗ-исследования, согласно которому дано заключение: «Гипоплазия матки, киста яичника (папиллярная, псевдомуцинозная) с явлениями частичного перекута», где описывается, что за маткой

слева! Определяется экзонегативное образование размером 55×36 мм с неровными контурами, с четкими границами, с внутренними перегородками, с пристеночными экзопозитивными структурами, с невыраженной васкуляризацией по периферии.

Послеоперационный диагноз (лапороскопия): зрелая тератома левого яичника. Аномалия половых органов: гипоплазия (аплазия?) матки.

Гистологический диагноз: фрагменты капсулы дермоидной кисты, покрытые многослойным плоским эпителием, местами с ороговением. В подлежащей ткани придатки кожи, волосяные луковицы, сальные железы.

Б.В. Серета, В.Э. Серета

РОДЫ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Республиканский центр матери и ребенка, отделение диагностики

*Кафедра «Хирургические болезни с циклом акушерства и гинекологии» ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Роды в тазовом предлежании следует считать патологическими из-за большого числа осложнений у матери и особенно у плода.

Цель нашей работы – проанализировать значение способов родоразрешения при тазовом предлежании плода и значение УЗИ для диагностики вида, положения и состояния плода с целью снижения травматизма и перинатальной смертности.

Материалы и методы.

Проведен анализ 57 историй родов в тазовом предлежании. Устойчивое тазовое предлежание формируется к 34–36 неделям беременности. Наиболее благоприятным является чистое ягодичное предлежание, при котором реже возникают такие осложнения а родах, как запрокидывание ручек и ущемление (разгибание) головки плода.

Перинатальная заболеваемость и смертность при тазовых предлежаниях значительно выше, чем при головных, и обусловлена многими факторами, такими как недоношенность, дистресс-синдром плода, родовая травма (разрывы мозжечкового намета, кровоизлияния), повреждения органов брюшной полости и спинного мозга, аномалии развития плода и другие. В отдаленных последствиях у детей, рожденных в тазовом предлежании, чаще имеются дисплазии или вывихи тазобедренных суставов, энцефалопатии, гидроцефалии и другие осложнения.

Тазовые предлежания диагностируются при наружном осмотре, но наиболее точно при ультразвуковом исследовании, которое позволяет определить не только тазовое предлежание, но и вид его, массу плода, положение головки (согнута, разогнута), обвитие пуповины, локализацию плаценты, размеры и степень ее зрелости, количество вод, состояние плода и другое. Во многом перинатальные потери зависят от способа родоразрешения.

Результаты и обсуждение.

Роды в тазовом предлежании у 57 женщин из них 30 (52,6%) у первородящих и 27 (47,4%) у повторнородящих, в 12 случаях были преждевременные роды – 22,5%, в 15 – многоплодная беременность (двойня) – 26,8%. Аборты и вы-

кидъши в анамнезе были у 26 женщин – 45,5 %. Первородящих в возрасте 30 лет и более – 8 (14 %), 41 год – 1 (1,8 %), 17 лет – 1 (1,8 %). Роды в чисто ягодичном предлежании – 37 (64,9 %), смешанном ягодичном – 14 (24,5 %), ножном – 6 (10,5 %). Госпитализированы до родов – 36 человек (63,1 %).

Родоразрешение путем операции кесарево сечение произведено в 52 случаях (91,2 %), из них двойни – 6. Роды через естественные родовые пути были в 5 случаях (8,8 %), из них в 3 случаях при многоплодной беременности, все 5 родов у повторнородящих в чисто ягодичном предлежании, применялось пособие по Цовьянову, в 1 случае классическое ручное пособие. Дети родились с оценкой 7/7, 7/8.

Родов при многоплодной беременности было 15 (6 преждевременные, 9 срочных), в 3 случаях роды вагинальные, 12 (80 %) – оперативные (кесарево сечение). Основные показания к операции – тяжелая преэклампсия – 3, рубец на матке с СЗРП II степени – 2, родовое излитие вод – 2, тазовое предлежание первого плода и поперечное положение второго плода – 1, ЭКО – 4.

Преждевременных родов было 12, из них двойни – 5. Все родоразрешены путем операции кесарево сечения. Основные показания к операции – тяжелая преэклампсия – 6, родовое излитие вод – 4, СЗРП III степени – 1, преждевременная отслойка плаценты – 1, несостоятельность послеоперационного рубца – 1.

Срочные роды – 45 (78,9 %). В 3 случаях вагинальные роды, в 42 случаях (93,3 %) родоразрешены путем операции кесарево сечение. Основные показания к операции кесарево сечение – возраст первородящих 30 лет и более – 8 человек, 41 год – 1, рубец на матке – 4 случая, (2 случая по 2 рубца на матке), сочетанные показания (сужение таза, ЭКО, ножное предлежание, СЗРП II степени, разгибание головки III степени, крупный плод (11 случаев), родовое излитие вод). Кесарево сечение в плановом порядке – 17 (37,7 %).

Новорожденные родились с оценкой 6 и менее – 7 человек, все остальные с оценкой 7/8, 8/8. Перинатальной смертности в родах или тазовом предлежании не было. Послеоперационный период у женщин протекал удовлетворительно.

Выводы:

На основании проведенного анализа можно сделать вывод, что расширение показаний для родоразрешения путем операции при тазовых предлежаниях оправдано и снижает перинатальную смертность и травматизм плода.

Через естественные родовые пути роды следует проводить при чисто ягодичном предлежании с учетом массы плода и отсутствии сопутствующей патологии и отягчающих факторов (ОАА, сужение таза, рубец на матке, возраст первородящей, родовое излитие вод, плацентарная дисфункция, преэклампсия и др.). Роды в тазовом предлежании, через естественные родовые пути, требуют мониторингового наблюдения.

Учитывая высокий риск для матери, родоразрешение путем операции кесарево сечение необходимо применять своевременно и строго по показаниям с учетом всех противопоказаний.

А.Н. Лембас¹, М.В. Кучинский¹, А.П. Шпеко¹, В.В. Евстратий¹, М.В. Ивасишина¹,
С.Ф. Гуменный², С.В. Скурту², К.Ю. Захарян², Д.В. Фоменко²

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

ГУ «Каменская ЦРБ»
г. Каменка, Приднестровье¹
ГУ «Рыбницкая ЦРБ»
г. Рыбница, Приднестровье²

Проблема лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной. Несмотря на накопившийся мировой опыт, универсального метода лечения ПОВГ в настоящее время нет. После пластики грыжевого дефекта местными тканями рецидивы возникают в 12–54 %; применение сетчатого эндопротеза снижает частоту рецидивов до 2–36 %, при этом, после лапароскопической герниопластики эндопротезом рецидивы отмечаются не более, чем в 15 % случаев (David L Sanders, 2012 г). Автор справедливо отмечает, что прогностическим фактором при лечении ПОВГ является не только применяемый метод герниопластики, но и опыт хирурга.

Цель исследования – изучить результаты лечения ПОВГ с применением протезирующей герниопластики сетчатым эндопротезом.

Материал и методы. Проведено слепое, выборочное, неконтролируемое исследование историй болезни 98 больных, оперированных в хирургическом отделении ГУ «Каменская ЦРБ» по поводу ПОВГ с применением сетчатого эндопротеза. Среди оперированных пациентов женщин было 72, мужчин – 26; средний возраст – 67±2,7. Клинически значимая соматическая патология (ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.) – у 42 (42,9 %) из 98 больных. Согласно SWR- классификации (Chevrel-Rath, 1999 г), срединные грыжи (M) – у 90 больных: M1 – у 61, M2 – у 10, M3 – у 16, M4 – у 3; боковые грыжи (L) – у 8 больных: L3 – у 2; L4 – у 6 больных. По ширине грыжевых ворот (W): W1 – у 2 больных; W2 – у 49; W3 – у 29; W4 – у 18 больных. У 20 (20,4 %) из 98 больных отмечались от 1 до 3 рецидивов (R).

Под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких оперативные вмешательства были выполнены у 58, под спинальной анестезией – у 40 больных.

Варианты пластики при срединных ПОВГ (90 пациентов): интраабдоминальное расположение эндопротеза (28 больных) – sub lay- у 20 пациентов, bridging-техника – у 8; предбрюшинное расположение (46 пациентов) – sub lay – у 41, bridging-техника – у 5; межмышечное расположение по Rives-Stoppa (18 пациентов) – sub lay – у 17, bridging-техника – у 1; TAR-методика Y. W. Novitsky – sub lay – у 6 пациентов, из них, в комбинации с методикой Ramirez – у 2 больных. При боковых ПОВГ (8 больных) предбрюшинное расположение эндопротеза: sub lai – у 7, bridging-техника – у 1 больного. Симультанные операции – у 10 из 98 оперированных больных: адгеолизис – у 8; адгеолизис, формирование обходного тонкокишечного анастомоза – у 1; адгеолизис, устранение илеостомы – у 1 пациента.

В качестве пластического материала была использована полипропиленовая сетка (ООО «Линтекс», СПб., Россия). Дренирование раны по Редону применили

у 42 (42,9 %) больных. Профилактику тромбоэмболических осложнений проводили в соответствии с «Российскими клиническими рекомендациями» (2000 г., 2010 г.). Продолжительность антибактериальной терапии – 1–5 суток после операции.

Результаты и обсуждение. При выполнении протезирующей герниопластики сетчатым эндопротезом предбрюшинное (46 больных) и внутрибрюшное (28 больных) расположение эндопротеза, как менее травматичный вариант, были выполнены у пациентов, имеющих определенный операционный риск. TAR-методика Y. W. Novitsky (6 пациентов), методика по Rives-Stoppa (18 пациентов) – при ПОВГ больших и гигантских размеров. Варианты размещения эндопротеза sub lay (84 больных) или bridging-техника (14 больных) зависели от возможности ушивания встык краев грыжевых ворот над эндопротезом. Дренажирование послеоперационной раны по Redon (у 22 больных) осуществлялось при выполнении элементов components separation, при TAR-методике Y. W. Novitsky, при наличии больших остаточных полостей в подкожно-жировой клетчатке. Удаление дренажей – после прекращения их функционирования, как правило, не позже 3–5 сут после операции.

Из числа оперированных (98 больных) раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде – у 10 больных (10,2 %). Характер раневых осложнений (10 пациентов): нагноение послеоперационной раны – у 3 больных; воспалительный инфильтрат – у 2; некроз поверхностного слоя подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки – у 2; гематома полости раны – у 2; лигатурный свищ – у 1 больного. Возможные причины раневых осложнений: хронический остеомиелит 10 ребра, травматизм оперативного вмешательства, вынужденная обширная мобилизация подкожно-жировой клетчатки от подлежащего апоневроза.

Длительность пребывания больных в стационаре после выполненной операции – от 3 до 10 дней, в среднем $7 \pm 1,5$ дней.

Сроки наблюдения за больными составили от 3 мес. до 10 лет. Из числа оперированных (98 больных), достоверно известно о наличии рецидива грыжи у 5 пациентов (5.1 %).

Выводы:

1. Применение различных вариантов открытой протезирующей герниопластики при лечении ПОВГ характеризуется хорошими результатами лечения с частотой рецидивов грыжи 5.1 %.

2. Улучшение результатов лечения ПОВГ во многом связано с накоплением личного опыта хирурга.

Ю.А. Бутенко¹, И.А. Акперов¹, В.В. Усольцева², А.М. Коцюруба³
**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ШКАЛЫ АЛЬВАРАДО
ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА
(материалы ретроспективного исследования**

с применением статистического критерия Пирсона)

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

ГУ РКБ, отделение реанимации и интенсивной терапии

ГУ РКБ, хирургическое отделение

г. Тирасполь, Приднестровье

Введение: согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ от 2015 года для диагностики острого аппендицита у взрослых рекомендовано проводить оценку вероятности острого аппендицита на основании диагностических шкал, в частности с применением шкалы Альварато, при этом уровень убедительности рекомендации В, а уровень достоверности доказательств 2 [1].

В шкале Альварато оцениваются такие критерии и симптомы как: тошнота и рвота, отсутствие аппетита, боли в правой подвздошной области, миграция боли в правую подвздошную область, повышение температуры тела и повышение уровня лейкоцитов. Сумма баллов полученная в итоге позволяет определить вероятность этого заболевания у конкретного пациента (см. таб. 1).

Шкала Альварато – наиболее изученная на данный момент шкала оценки вероятности острого аппендицита. В проведенном недавно мета-анализе [2] (5960 пациентов в 29 исследованиях) доказано, что «правильность» оценки вероятности острого аппендицита по шкале Альварато зависит от порогового значения: результат оценки менее 5 «исключает» аппендицит с чувствительностью 99 %, и специфичностью 43 %, в то время чувствительность результата оценки 5–7 баллов – 82 %, специфичностью – 81 %.

Таблица 1

Критерий	Баллы	Интерпретация
Боли в правой подвздошной области	2	сумма 0–4 = низкая вероятность аппендицита,
Миграция болей в правую подвздошную область	1	
Анорексия	1	сумма 5–6 = неопределенная вероятность аппендицита
Тошнота/ рвота	1	
Лейкоцитоз выше $10,0 \times 10^9/\text{л}$	2	сумма 7–8 = средняя вероятность аппендицита
Лихорадка выше 37,5	1	
Лейкоцитарный сдвиг	1	
		сумма 9–10 = высокая вероятность аппендицита

Цель исследования:

Определить эффективность диагностической шкалы Альварато для верификации диагноза острый аппендицит.

Материалы и методы:

Проведён ретроспективный анализ 120 историй болезни пациентов, поступивших в хирургическое отделение ГУ РКБ, у которых заведомо при опросе были

уточнены симптомы входящие в шкалу Альварадо. При этом произведена оценка двух групп – оперированных по поводу этого диагноза (все формы воспаления), и пациентов у которых диагноз был снят и выставлен иной. Группы сформированы относительно с равным количеством пациентов. Так в группу оперированных вошло 64 пациента, 56 пациента соответственно в группу у которых диагноз был исключён. Данные были обработаны путём статистического анализа по критерию Пирсона. Ретроспективный анализ данных позволил сформулировать статистическую гипотезу нерациональности применения шкалы Альварадо, что и послужило поводом для оценки и обработки данных.

Результаты и их обсуждения:

При поступлении в хирургический стационар в двух группах наблюдений боли в правой подвздошной области отмечались у всех пациентов, что соответствовало 1 баллу шкалы. Тошноту и рвоту в первой группе пациентов испытывали 19 пациентов, во второй группе данный симптом наблюдался у 17 пациентов. Анорексия при опросе отмечали 26 пациентов в группе у которых диагноз был подтверждён интраоперационно и 34 пациента из второй группы. Миграцию болей в правую подвздошную область отмечал 21 пациент из первой группы и стоит отметить что почти все эти случаи заканчивались деструктивными формами воспаления червеобразного отростка, у двух пациентов из второй группы так же наблюдался этот симптом. Лихорадка выше 37,5 при поступлении была у 31 больных из первой группы наблюдений и у 24 пациентов из второй. Лейкоцитоз выше $10,0 \times 10^9/\text{л}$ был у 27 пациентов из группы I и у 8 из группы II (см. таб. 2).

Таблица 2

Критерий	Подтверждён диагноз		Исключён диагноз	
	Присутствие критерия	Отсутствие критерия	Присутствие критерия	Отсутствие критерия
Боли в правой подвздошной области	64	0	56	0
Тошнота и рвота	19	45	17	39
Анорексия	26	38	34	
Миграция боли в правую подвздошную область	21	43	2	54
Лейкоцитоз выше $10,0 \times 10^9/\text{л}$	27	37	8	48
Лихорадка выше 37,5	31	33	24	32

Далее произведён статистический анализ данных, каждого критерия в отношении их чувствительности и специфичности к диагнозу острый аппендицит с применением Хи- квадрата (критерия Пирсона).

В отношении критерия боли в правой подвздошной области были получены следующие результаты: связь между факторным и результативным признаками статистически незначима, что позволяет сделать вывод о высокой диагностической значимости данного критерия, однако совершенно не подтверждают наличие аппендицита как такового (боли могут быть при апоплексии, аднексите и др. заболеваниях).

Оценка критерия – тошнота и рвота выявила следующие закономерности. Значение критерия χ^2 составляет 0.006. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p < 0.05$ составляет 3.841. Связь между факторным и результивным признаками статистически незначима, что так же не даёт основания утверждать, что данный критерий характеризует заболевание.

Анорексия, как один из критериев шкалы Альварато, встречается не так часто, и по мнению авторов не имеет диагностического значения, однако при статистической обработке получены следующие данные: значение критерия χ^2 составляет 4.821. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p = 0.05$ составляет 3.841. Связь между факторным и результивным признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0.05$.

Критерий – миграция боли как клинически, так и статистически подтверждает диагноз, и, наверное, единственный симптом который является высоко чувствительным для диагностики. Статистическая обработка данных дала следующие результаты: значение критерия χ^2 составляет 16.483. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p = 0.01$ составляет 6.635. Связь между факторным и результивным признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0.01$.

Лихорадка для диагностики острого аппендицита имеет второстепенное значение, при обработке данных получена информация: значение критерия χ^2 составляет 0.375. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p < 0.05$ составляет 3.841. Связь между факторным и результивным признаками статистически незначима и так же не даёт однозначного вывода о диагнозе.

Что касается лейкоцитоза выше $10,0 \times 10^9/\text{л}$, то связь между факторным и результивным признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0.01$, что подтверждает более или менее высокую чувствительность критерия для диагностики заболевания.

Таким образом, несмотря на сравнительно небольшую выборку, можно предположить что ряд критериев шкалы Альварато не высоко чувствительны и не могут в полной степени свидетельствовать об истинном развитии острого аппендицита.

Выводы:

Ряд критериев входящих в шкалу Альварато, исходя из данных полученных путём статистической обработки данных с применением критерия Пирсона, является не совсем достоверным для верификации острого аппендицита так как чувствительность ряда критериев сомнительна.

Согласно данным полученным в первом этапе ретроспективного анализа и статистической обработки данных рабочая гипотеза нерациональности применения шкалы Альварато имеет большую вероятность.

Малая выборка не позволяет сделать однозначных выводов эффективности шкалы Альварато для верификации острого аппендицита в виду чего будет продолжена работа в данном направлении.

Литература

1. Клинические рекомендации МЗ РФ, «Острый аппендицит у взрослых», 2015 года пересмотра.

Osei E. K., Faulkner K. (1999) Fetal doses from radiological examinations. The British journal of radiology 72: 773–780

И.А. Акперов¹, А.А. Гордус², А.И. Богатый², С.В. Лопатин²

ОСТРЫЙ ЛЕВОСТОРОННИЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ (клинический случай из практики)

¹ - Кафедра общей хирургии с циклом онкологии ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье

² ГУ Слободзейская ЦРБ, отделение хирургии
г. Слободзея, Приднестровье

ТРАНСПОЗИЦИЯ ОРГАНОВ (син.: situs viscerum inversus, situs transversus, situs rarior, heterotaxia) – редкая аномалия развития, являющаяся следствием нарушения дифференциации плодного яйца и проявляющаяся в извращенном (зеркальном по отношению к нормальному) расположении внутренних органов.

В раннем эмбриональном периоде внутренние органы расположены вдоль средней линии тела. В норме в процессе последующего их развития происходит их рост и ротация вправо; исключительно редко ротация осуществляется в левую сторону, что приводит к обратному расположению внутренних органов, т. е. к транспозиции.

Тотальная транспозиция органов, как правило, не сопровождается патологией развития самих органов и нарушением их функций. При частичной транспозиции может наблюдаться агенезия (аплазия) селезенки и патология развития сердца (Ивемарка синдром), патология дыхательных путей и легких (Картагенера триада). Хотя Аристотель впервые описал эту аномалию у животных, у человека феномен впервые был выявлен только в XVII веке и описан последовательно Fabricius (1600 г), Servicus (1615 г) и Riolan (1650 г). С. Веck утверждал, что одним из наиболее ранних достоверных описаний случаев была аномалия, выявленная у Марии Медици, королевы Франции (1575–1642 г.). Состояние, при котором верхушка сердца была обращена вправо, впервые была описана Марко Северино в 1643 году. Однако состояние situs viscerum inversus было первый раз описано более века спустя Мэтью Бэйли.

Транспозиции внутренних органов встречается не чаще чем у 1 из 10 тыс. человек. Учитывая, что большинство пациентов с *situs inversus* за всю жизнь не имеют хирургических заболеваний, есть высокая вероятность, что при относительно невысокой распространенности аномалии обычный практикующий хирург может не встретить подобного пациента в течение всей своей профессиональной деятельности. Наибольшую опасность для таких пациентов представляют критические ситуации. Если врач не располагает информацией о транспозиции органов у пациента, то у него могут возникнуть затруднения с постановкой правильного диагноза или оказанием неотложной помощи в условиях ургентной хирургии, травмах, когда пациент находится без сознания.

За рубежом люди с зеркальным расположением органов носят медицинские браслеты или медальоны, делают татуировки со своим диагнозом. Это распространенная практика.

В классическом обзоре 1949 г. Н. Blegen привел данные анализа распространенности situs inversus, собрал полный для своего времени обзор литературы, предположил возможную этиологию и проанализировал ошибки абдоминальных

хирургов при выполнении хирургических вмешательств на органах брюшной полости, предположил возможные причины относительных неудач оперативного лечения. Этот автор – единственный, кто прямо указывает на явные хирургические ошибки, связанные с наличием у пациентов анатомической аномалии. Неправильный диагноз был поставлен примерно в 45 % наблюдений, в результате неправильный хирургический доступ был осуществлен в 31 % наблюдений. Автор отмечает, что проекция боли в противоположную от патологического очага сторону имела место как минимум в 33 % всех наблюдений. Из 72 наблюдений острого аппендицита в 14 случаях, хирурги, не найдя аппендикса, завершили операцию ушиванием операционной раны, что позже потребовало выполнения повторной операции.

Вторым интересным для современных хирургов наблюдением Н. Vlegен является изменение болевой чувствительности у этой категории пациентов. Автор приводит целый ряд наблюдений, в которых острый холецистит при наличии situs inversus был выражен в виде боли в эпигастральной области или в правом подреберье, при том, что фактически у таких больных желчный пузырь, как и печень, расположен в левом подреберье. Анализируя доступные ограниченные данные публикаций, автор предполагает, что из трех типов болевой чувствительности – соматической, висцеральной и иррадиирующих болей, – наименьшего доверия клинициста заслуживают две последние. Н. Vlegен приводит утверждение, что при situs viscerum inversus развитие компонентов нервной системы происходит, как и у пациентов без аномалии. Нужно учитывать и тот факт, что хирург, не удовлетворенный результатами своей работы, может искать оправдание неудачи в аномалии развития.

В клинической практике за 17 лет мы имеем 1 классический пример левостороннего деструктивного аппендицита. За этот период времени в Слободзейской ЦРБ с острым аппендицитом прооперировано 1473 пациента (0,06 %). Случай интересен тем, что:

- а) диагноз острого аппендицита был установлен до операции;
- б) произведена видеозапись демонстрационного материала, подтверждающая подлинность редкой аномалии развития внутренних органов, которая может использоваться в учебных целях;
- в) случай закончился выздоровлением пациента;
- г) предложен алгоритм дифференциальной диагностики и лечебной тактики.

Больная С. 64 года, обратилась за мед помощью 04.08.2018 г. в 13.25 ч, спустя 1,5 суток от начала заболевания, доставлена СМП, с предварительным диагнозом «острый гастроэнтероколит». Жалобы на боли в левой подвздошной области, рвоту, двукратный жидкий стул, общую слабость, субфебрильную температуру тела. Заболела остро, симптомы появились утром сразу после пробуждения. В течение суток принимала болеутоляющие средства.

При объективном осмотре живот не вздут, участвует в акте дыхания, резко болезненный в левой подвздошной области и над лоном, там же определяется положительный симптом Щёткина – Блюмберга. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика удовлетворительная. Пастернацкого симптом отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Ректальный осмотр: ампула пустая, нависания стенок кишки и патологических образований не выявлено. С пред-

варительным диагнозом: «Перфорация сигмовидной кишки? Перекрут жирового привеска? И с очень малой долей вероятности нами был выставлен диагноз «Острый аппендицит?» В приёмном отделении пациентка осмотрена терапевтом и гинекологом, выполнены ЭКГ, общий анализ крови и мочи, обзорная рентгенограмма брюшной полости для выявления свободного газа. Заподозрить острый аппендицит помогла странная картина, полученная на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости: газовый пузырь желудка был расположен справа, свободного газа под обоими куполами диафрагмы нет. Что это? Рентгенлаборант перепутал рентгеноконтрастные метки, которые устанавливаются при укладке, с целью указания правой или левой половины тела пациента? Мы готовы были повторить исследование, как в этот момент у терапевта возникли точно такие же вопросы. На ЭКГ, без всякого сомнения, картина обширного инфаркта миокарда, либо специально перепутали местами электроды во время исследования. И только после этого пациентка вспомнила, что около 20 лет назад при проведении флюорографического исследования, ей сказали, что сердце у неё «как-то не так расположено». В прошлом больная никогда не обследовалась (УЗИ, гастроскопия.). Заключение ежегодных флюорографических исследований в амбулаторной карточке – «Норма». Установив до операции диагноз: острый левосторонний аппендицит и учитывая наличие признаков перитонита в нижнем этаже брюшной полости, заставило нас выполнить нижнесрединную лапаротомию. Интраоперационно обнаружен гной в левой подвздошной ямке и частично в малом тазу. Причиной тазового перитонита стал гангренозно-перфоративный аппендицит. У пациентки имелось Situs viscerum inversus. Отросток и слепая кишка, печень с желчным пузырём располагались слева, справа селезёнка, дно желудка, сигмовидная кишка. У пациентки выполнена типичная аппендэктомия, санация дренирование области малого таза. Послеоперационный период протекал гладко. На 9-е сутки больная выписана.

Через 3 месяца пациентка чувствует себя хорошо, жалоб нет.

Вывод:

1. Острый левосторонний аппендицит, по данным литературы, встречается крайне редко (от 0,7 % до 1 % в нашем наблюдении 0,06 %.) Причиной такой локализации является аномальное расположение внутренних органов или мобильная слепая кишка, имеющая длинную брыжейку.

2. Дифференциальная диагностика острого левостороннего аппендицита трудна, поэтому необходимо определить диагностическую ценность каждого симптома, использовать результаты методов дополнительного обследования (обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, ЭКГ) для выявления аномалии развития внутренних органов.

3. Точная, своевременная диагностика позволяет выполнить операцию в ранние сроки и избежать послеоперационных осложнений, которые чреваты иногда летальным исходом.

Г.В. Калущкий, А.Г. Кузнецов, А.П. Додул, Р.Л. Скляр, В.Г. Попович

ОСТРОЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Григориопольская ЦРБ»

г. Григориополь, Приднестровье

Introduction: *Atypical non-ulcer gastrointestinal bleeding is one of the most actual problems of modern abdominal surgery. According to the literature, the frequency of pancreatic pseudocysts erosive bleeding ranges from 1.6 % to 20 %. Bleeding into the lumen of the gastrointestinal tract (49.3 %), cyst cavity (37.0 %) in a free abdominal cavity (13.7%). Special gravity currents have different combination of perforation of gastrointestinal tract associated with bleeding (35.0 %). In these cases, mortality reaches 70 %.*

Введение: Атипичные неязвенные желудочно-кишечные кровотечения являются одной из наиболее актуальных проблем современной абдоминальной хирургии. По данным литературы, частота эрозивного кровотечения из псевдокисты поджелудочной железы колеблется от 1,6 % до 20 %. Из них кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта (49,3 %), в полость кисты (37,0 %) и в свободную брюшную полость (13,7 %). Особой тяжестью течения отличается сочетание перфорации кисты поджелудочной железы в стенку желудочно-кишечного тракта с кровотечением (35,0 %). Летальность в этих случаях достигает 70 %.

Цель: Изучить тактику и способы оказания хирургической помощи пациентам с атипичными неязвенными кровотечениями из кист поджелудочной железы в условиях районной больницы.

Материалы и методы исследования: Кровотечение из псевдокисты поджелудочной железы возникает вследствие аррозии стенки сосуда в результате воздействия на него ферментов поджелудочной железы. Источником кровотечения могут быть как эрозивные сосуды стенки кисты, так и сосуды, оказавшиеся вовлечёнными в процесс образования кисты. Чаще всего повреждается селезёночная артерия. В последнее время растёт количество неязвенных кровотечений различной этиологии, в том числе панкреатогенных. И если при язвенных кровотечениях диагностика и лечение определены достаточно ясно, то при неязвенных кровотечениях тактика и диагностика до сих пор неопределены. Многогранная картина атипичных неязвенных кровотечений приводит к трудностям в диагностике, и как следствие, к запоздалым решениям по эффективному лечению даже в специализированных хирургических центрах.

Мы представляем редкий случай лечения неязвенного желудочно-кишечного кровотечения из псевдокисты поджелудочной железы у пациентки в условиях хирургического отделения районной больницы. Путь по преодолению трудностей в диагностике, тактике и лечении данной патологии мы предлагаем, как вариант решения подобных проблем в хирургических отделениях районных больниц.

Больная Г. 28 лет, заболела остро, 26.06.18 г. в 13.00 часов, когда появилась обильная рвота кровью, боли в эпигастрии. 26.06.18 г. в 14.30 была доставлена бригадой СМП в приёмный покой Григориопольской районной больницы. В экстренном порядке с диагнозом: «Острое желудочно-кишечное кровотечение» (история

болезни №2365/653) госпитализирована в отделение реанимации. Из анамнеза – 8 месяцев назад перенесла острый панкреатит, деструктивная форма. Лечение в стационаре консервативное. Выписана с выздоровлением. ФГДС Контрольное 15.06.18 г: поверхностный гастродуоденит, деформация луковицы 12 кишки. При поступлении: Жалобы на головокружение, слабость, недомогание, боли в эпигастрии, рвоту алой кровью и сгустками. Состояние тяжёлое. Сознание ясное. Положение пассивное на каталке. Питание пониженное. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД - 24 в мин. Хрипов нет. Сердечные тоны – приглушены, ритмичные. ЧСС – 126 уд. в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажен.. Живот мягкий, симметричен, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпигастрии, больше слева пальпируется плотное, пульсирующее, безболезненное, с четкими границами образование, размером 8x7см. Per rectum: Патологических образований не выявлено, мелена. В анализах крови анемия средней степени тяжести. ФГДС Срочная выявила признаки состоявшегося кровотечения в желудке и 12 п.к. без источника. На фоне консервативной терапии при стабильном состоянии обследована. УЗИ 27.06.18г: Признаки хронического панкреатита. Образование брюшной полости. Аневризма артерий чревного ствола? Киста поджелудочной железы. 29.06.18г. КТ ангиография брюшной аорты и ветвей: Частично тромбированная мешотчатая аневризма эпигастральной области, возможно исходящая из ветвей правой желудочной или селезёночной артерии. Атрофия паренхимы поджелудочной железы – признаки хронического панкреатита. Умеренная гепатоспленомегалия. Описание: в эпигастральной области, между поджелудочной железой, задней стенкой желудка, медиальной стенкой 12п кишки, определяется объёмное негетерогенное образование, неправильной формы, размерами 9,0x7,7 см. В артериальную фазу определяется выраженное гомогенное контрастирование центральной части образования овальной формы, размерами 6,7x3,6 см, периферическая часть плотностью 35–42 ед, не накапливает контрастное вещество – признаки пристеночного тромбоза. Контрастированная часть образования близко прилежит к мелким артериям по малой кривизне желудка и селезёночной артерии, но достоверной связи с этими сосудами не выявлено.

Состояние больной стабильное, продолжена консервативная терапия. 10.07.18г. произошел рецидив кровотечения. Вызваны специалисты санитарной авиации. Эндоскопист (срочная ФГДС) – свершившееся ЖКК, источник не установлен. Гастрохирург и сосудистый хирург рекомендовали продолжить консервативную терапию, так как убедительных данных за связь аневризмы с желудочно-кишечным трактом не было выявлено, а признаки активного кровотечения отсутствовали. 14.07.18г. кровотечение возобновилось с признаками массивной кровопотери. Пациентка нетранспортабельна. Решено оперировать в местных условиях.

Результаты и обсуждения: По линии санитарной авиации вызваны сосудистые хирурги. Под общей многокомпонентной анестезией произведена верхнесрединная лапаротомия. Позади желудка определено округло-овальное образование разм.19x15см, плотной консистенции, подвижное, без пульсации. Заподозрена ложная киста панкреас, тромбированная вследствие кровотечения из неизвест-

ного источника. Произведена передняя пилорогастроуденотомия. На задней стенке 12п кишки выявлен дефект диаметром 1см со ступком. При ревизии, через дефект зажим свободно проваливается в полость поджелудочного пространства. Через дефект по зажиму произведена задняя дуоденогастротомия. Вскрыта передняя стенка ложной кисты поджелудочной железы. В просвете старые сгустки. При удалении сгустков началось массивное артериальное кровотечение из эрозивного сосуда задней стенки кисты. С техническими трудностями произведен окончательный гемостаз пристеночным прошиванием сосуда в ране. Ревизия показала источником кровотечения селезеночную артерию. Наружное дренирование полости кисты. Ушивание задней стенки желудка и 12 п.к. Пилоропластика. Дренирование брюшной полости. Дальнейшее течение послеоперационного периода без осложнений. Дренаж из полости кисты удален на 5-е сутки, из брюшной полости на 7-е. Рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана на 10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. УЗИ контроль через 1 месяц – признаков патологического кровотока в бассейне ветвей брюшной аорты не выявлено. Контроль через 3 месяца: жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное.

Выводы: В случае атипичного неязвенного желудочно-кишечного кровотечения необходимо помнить об одном из самых опасных и непредсказуемых его источников, из ложных кист поджелудочной железы. Способы диагностики: УЗИ органов брюшной полости, аорты и ее ветвей, ФГДС, КТ ангиография брюшной аорты, ее ветвей, органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В условиях районной больницы данный вид хирургической помощи должен оказываться только совместно с сосудистыми хирургами. Описанный способ хирургического лечения предлагаем как один из вариантов.

Литература

1. Клинические случаи редких кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Ф. Куликовский, А.А. Карпачев, А.В. Солошенко, А.Л. Ярош, С.Б. Николаев, А.А. Коржова, А.В. Белгородский государственный национальный исследовательский университет КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-sluchai-redkih-krovotечений-iz-verhnih-otdelov-zheludочно-kishechnogo-trakta>

2. «Редкие» причины желудочно-кишечных кровотечений: Кащенко В.А., Соловницын Е.Г., Распереза Д.В., Лодыгина А.В., Бескровный Е.Г., Климов А.С., Шацилло И.О., Глузман М.И., Лебедева Н.Н., КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/redkie-prichiny-zheludочно-kishechnyh-krovotечений-obzor-literatury>

3. Панкреонекрозы. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. 2008 г. Издательство: Медицинское информационное агентство

4. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. Курыгин А.А. 1996 г. Издательство: Гиппократ

Ю.С. Паскалов, А.А. Ботезату, Р.И. Райляну

РОЛЬ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ МЫШЦ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Кафедра хирургических болезней с циклом акушерства и гинекологии ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье

Electromyography is the most effective method for assessing the functional activity of the muscles of the anterior abdominal wall among hernias. To obtain and register electrical potentials from the abdominal muscles, most authors resort to varying difficulty of physical exercises, during the performance of which the total activity of the studied muscle is recorded by the cutaneous elec-trodes of the apparatus. Thus, knowing the performance of electromyography in patients with in-guinal hernia before the operation, one can explain the choice of the most pathogenetic method of hernioplasty, which allows leveling the functional inferiority of the muscles of the inguinal region and thereby minimizes the relapse of the disease and postoperative complications. The use of elec-trostimulating devices that generate a pulse of sufficient strength to study the biomechanics of mus-cle contraction in the inguinal region increases the level of confidence in the study.

Актуальность темы: Электромиография является наиболее эффективным способом оценки функциональной активности мышц передней брюшной стенки среди грыженосителей (Куликов Л.К. и соавт. 2013, Меженная М.М. и соавт. 2012). Для получения и регистрации электропотенциалов с брюшных мышц большинство авторов прибегают к различной сложности физических упражнений, при выполнении которых накожными электродами аппарата фиксируется суммарная активность исследуемой мышцы (Николаев С.Г., 2001). Таким образом, зная до операции показатели электромиографии у пациентов с паховыми грыжами, можно объяснить выбор наиболее патогенетического метода герниопластики, что позволяет нивелировать функциональную неполноценность мышц паховой области и тем самым минимизирует рецидив заболевания и послеоперационные осложнения (Черных А.В. и соавт. 2014). Необходимо учесть, что у пациентов с паховыми грыжами сухожилия брюшных мышц располагаются по границе пахового промежутка, поэтому их электромиографическая активность не всегда приводит к формированию высокоамплитудных электромиограмм. Применение электростимулирующих устройств, генерирующих импульс достаточной силы для изучения биомеханики мышечного сокращения в паховой области повышает уровень достоверности исследования.

Цель исследования: Изучить результаты электромиографии брюшных мышц при физической и электростимулирующей нагрузке среди больных с паховыми грыжами и здоровых пациентов.

Материалы и методы: В научно-исследовательской лаборатории «Экспериментальная хирургия» на базе хирургического отделения ГУ РКБ проведено исследование электроактивности мышц формирующие паховый промежуток и группы боковых мышц живота методом электромиографии аппаратом Synapsis Neurotech Russia у 86 больных. Среди них было 55 (63,9 %) мужчин и 31 (36,1 %) женщина. Средний возраст обследованных составил $50,6 \pm 1,5$ лет. В основную группу вошло 56 (65,1 %) больных с паховой грыжей, которым электромиография проводи-

лась в предоперационном периоде. В группу сравнения включено 30 (34,9 %) пациентов хирургического отделения без грыжевых дефектов. Регистрировали средние значения амплитуды и частоты электромиограмм во время сокращения мышц брюшного пресса и после включения электростимулирующего аппарата Health Gerald (2015) с силой импульса в 4,5V с дальнейшей статистической обработкой результатов исследования. Электроды электростимулирующего устройства располагали по срединной линии живота выше и ниже уровня пупочного кольца.

Результаты исследования: Средняя амплитуда и частота электромиограмм мышц, формирующие паховый промежуток среди пациентов основной группы при физической нагрузке на стороне грыжевого выпячивания составила $446,88 \pm 53,72$ МкВ и $13,34 \pm 4,46$ /с, а на здоровой стороне она оказалась на уровне $523,36 \pm 59,9$ МкВ и $22,3 \pm 4,9$ /с. Разница в амплитуде электромиограмм между больной и здоровой паховыми областями составила 14,62 % по амплитуде и 40,18 % по частоте. Среди 30 (34,9 %) пациентов группы сравнения усредненные показатели амплитуды и частоты электромиограмм мышц обеих паховых областей при самостоятельном напряжении мышц брюшного пресса оказалась равной $739,75 \pm 79,77$ МкВ и $50,38 \pm 7,6$ /с, что превышало результаты амплитуды и частоты электромиограмм на стороне паховой грыжи на 34,4 % и 73,53 % соответственно. В результате электростимуляции у больных основной группы амплитуда и частота электромиограмм, зафиксированных в паховых областях, оказалась равна на стороне грыжи $14,79 \pm 2,76$ мВ и $182,56 \pm 41,91$ /с, а на противоположной стороне они достигли уровня $23,22 \pm 4,09$ мВ и $192,78 \pm 34,24$ /с соответственно. Различие в амплитудно-частотных параметрах электромиограмм при миостимуляции между здоровой стороной и областью паховой грыжи составила 36,3 % по амплитуде и 5,31 % по частоте. У здоровых пациентов усредненные амплитудно-частотные показатели электромиограмм, полученных с паховых областей во время электростимуляции, составили $66,86 \pm 9,8$ мВ и $365,16 \pm 58,63$ /с, что превышает амплитуду для лиц с паховыми грыжами на 77,9 % и на 50,01 % по частоте. При электромиографии боковых мышц среди больных основной группы физическая нагрузка на стороне паховых грыж выявило средние значения амплитуды и частоты электромиограмм на уровне $551,09 \pm 24,1$ МкВ и $55,55 \pm 4,37$ /с соответственно. На здоровой стороне амплитудно-частотные характеристики этой группы мышц составили $627,05 \pm 23,47$ МкВ и $86,12 \pm 16,39$ /с. Таким образом, отличие в амплитуде боковых мышц на стороне грыжи и на здоровой стороне при выполнении физических упражнений составило 12,1 %, а по частоте 35,5 %. В группе сравнения электрофизиологическая функция боковых мышц с обеих сторон практически не отличалась и была на уровне $773,04 \pm 38,3$ МкВ по амплитуде и $96,63 \pm 4,65$ /с по частоте. Снижение амплитуды электромиограмм группы боковых мышц у пациентов с паховыми грыжами по сравнению со здоровыми пациентами достигло 28,7 %, а по частоте имеет место снижение на 42,52 %. Электростимулирующие амплитудно-частотные параметры боковых мышц на стороне паховых грыж составили $21,28 \pm 3,4$ мВ и $252,29 \pm 53,9$ /с, со здоровой стороны электропотенциалы группы боковых мышц оказались выше и были равны $31,63 \pm 4,3$ мВ и $263,79 \pm 61,77$ /с. Следовательно, превосходство в группе боковых мышц на здоровой стороне передней брюшной стенки при электростимуляции достигло 32,7 % по амплитуде и 4,36 % по частоте. В группе сравнения усредненные электрофизиологические характеристи-

ки группы боковых мышц при стимуляции равнялись $42,2 \pm 8,21$ мВ и $351,93 \pm 75,22$ /с. Отличие между значением амплитуды электромиограмм стимуляции боковых мышц живота между больными с паховыми грыжами и здоровыми пациентами составила 49,5 %, а по частоте 28,32 %.

Обсуждение результатов исследования: У больных с паховыми грыжами при электромиографических исследованиях выявило снижение амплитудно-частотных характеристик миограмм мышц формирующие паховый промежукот на 34,4 %, а так же группы боковых мышц живота на 28,7 % на стороне грыжи. Таким образом доказано, что при грыжевой болезни снижается электрофизиологическая функция не только мышц пахового промежутка, но и соответственно группы боковых мышц. Использование электростимулирующих устройств позволяет повысить достоверность исследования. Электростимуляции мышц показало увеличение результатов до 77,9 % для мышц формирующие паховый промежукот и до 49,5 % для группы боковых мышц живота.

Выводы:

1. Грыжевое выпячивание формируется на фоне неполноценности мышечно-аponeврогических структур при этом поражает как паховый треугольник, так и группу боковых мышц живота на стороне заболевания.

2. Выбор способа герниопластики при паховых грыжах должен учитывать электромиографические показатели мышц формирующие паховый промежукот.

В.Н. Тришук, А.П. Богян

**ПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ С УДВОЕННЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ
В ДВУХ ВАРИАНТАХ**

ГУ "РКБ", Хирургическое отделение
г. Тирасполь Приднестровье

***Relevance:** Inguinal hernia is a disease, clinical and morphological manifestation, which is the emergence of the abdominal organs (together with the parietal peritoneum) through the holes in the muscular aponeurotic layer of the anterior abdominal wall of the inguinal region. According to the literature, from 4 to 8% of the population suffers from abdominal wall hernias, 75-80% of which are inguinal hernias (N. Kukudzhанov). In the United States of the 325 million population, 12 million are carriers of inguinal hernias. In this case, the disease is often found in men (9: 1). The only radical method of treatment, which is considered surgery - hernia repair. To date, there are more than 300 modifications of hernia repair, operations are performed by open access and laparoscopically. But the problem of choosing the type of plastic in the treatment of inguinal her-nias remains open today. The variety of existing methods of hernioplasty is explained by unsatisfactory results of treatment. Despite numerous scientific studies and practical experience in treatment, many clinical issues have not been fully resolved.*

Актуальность: Паховая грыжа – заболевание, клинико-морфологическим проявлением которого является выход органов брюшной полости (вместе с париетальной брюшиной) через отверстия в мышечно-аponeврогическом слое передней брюшной стенки паховой области. По данным литературы от 4 до 8 % на-

селения Земли страдает грыжами брюшной стенки, 75–80 % которых составляют паховые грыжи (Кукуджанов Н.И). В США из 325 млн населения, 12 млн являются носителями паховых грыж. При этом заболевание часто встречается у мужчин (9:1). Единственным радикальным методом лечения которого считается операция – грыжесечение.

На сегодняшний день существует более 300 модификаций грыжесечения, операции выполняются открытым доступом и лапароскопически. Но проблема выбора вида пластики при лечении паховых грыж остается открытой и на сегодняшний день. Многообразие существующих способов герниопластики объясняется неудовлетворительными результатами лечения. Не смотря на многочисленные научные исследования и практический опыт лечения, до конца не решены многие клинические вопросы. Не решен вопрос о выборе оптимального способа оперативного вмешательства при косых, прямых и рецидивных грыжах. Высокая частота рецидивов паховой грыжи (от 12 % при традиционных методик паховой герниопластики местными тканями и до 30 % при сложных формах паховых грыж. Разработка новых способов пластики, приводящих к снижению частоты рецидивов, оставляет желать лучшего. Основная масса больных с грыжами – мужчины работоспособного возраста. Экономические аспекты в лечении обусловлены огромными затратами на госпитализацию и амбулаторную реабилитацию.

Цель: Усовершенствование существующих видов пластики паховых грыж ненапряжным методом. Достижение наименьшего количества рецидивов.

Материалы и методы исследования:

Материалы – аутодермальный трансплантат изготовленный по методике профессора Янова В.Н. Методы – собственноручно разработанная теория ненапряжной пластики паховых грыж.

За многолетнюю работу в хирургическом отделении ГУ “РКБ” г. Тирасполь были изучены слабые места существующих методик герниопластики.

В 2007 году впервые были применены **собственноручно разработанные** технологии фиксации аутодермального трансплантата при различных видах грыжевых выпучиваний паховой области. Для определения вида пластики за основу бралась международная классификация Nyhus (1993г.).

При возникновении небольших косых и косо-выпрямленных грыж Nyhus-1, Nyhus-2 производится грыжесечение с удвоенным кожным лоскутом по I – варианту.

После обработки рук хирургов спиртом дважды + стерильные перчатки, обработки операционного поля раствором йода трижды. Под Sol.Novocaini 0.5 %–250 мл в левой паховой области двумя полуовальными разрезами иссекается кожный лоскут (длинной 14x2x5 см), из которого по методике проф. В.Н.Янова изготавливается аутодермальный трансплантат. Далее оценивается состояние апоневроза наружной косой мышцы живота, степень его истончения и разволокнения. Также оценивается наружное паховое кольцо, на сколько оно расширено и сколько пальцев хирурга пропускает. Далее необходимо провести вскрытие пахового канала, после этого оценивают состояние внутреннего пахового кольца. При необходимости для лучшей визуализации задней стенки пахового канала, производят иссечение гипертрофированной м.cremaster. После ревизии и определения вида паховой грыжи, приступают к оценке состояния задней стенки пахового канала,

а также внутренней косой и поперечной мышцы. При выявлении небольших грыж и сохраненной задней стенки пахового канала, семенной канатик берется на держалки, производится грыжесечение затем приступают к герниопластики с удвоенным кожным лоскутом по первому варианту.

Герниопластика выполняется следующим образом: узловыми капроновыми швами производят подшивание внутренней косой и поперечной мышцы вначале к Куперовой связке (2–3 шва), затем к Пупартовой связке. Тем самым паховый промежуток практически ликвидирован. Внутренне паховое кольцо должно пропускать кончик пальца. Консолидация аутопластики выполняется аутодермальным трансплантатом, который необходимо уложить ретрофоникулярно, фиксировать в хорошо натянутом состоянии по периметру к апоневротическим структурам: медиальный край лоскута к апоневротическому участку внутренней косой мышцы, внизу к надкостнице лонной кости, латерально к Пупартовой связке. Семенной канатик у внутреннего пахового кольца необходимо сместить латерально и вверх аутодермальным лоскутом. Ход семенного канатика по внутреннему паховому кольцу приобретает S-образную форму (тем самым уменьшается риск развития рецидива), лоскут подшивают на 2–3 см выше проекции внутреннего пахового кольца. Затем лоскут поворачивают вниз и фиксируют по периметру: медиально к апоневрозу внутренней косой мышцы (на 0,5 см медиальней от предыдущего шва), латерально к паховой связке на 0,5 см более латеральной от предыдущего шва, тем самым ослабляется натяжение на предыдущий шов. На дно раны укладывают семенной канатик. Далее поверх семенного канатика апоневроз наружной косой мышцы живота ушивают узловыми капроновыми швами с формированием, или без формирования дубликатуры. Вновь сформированное наружное паховое кольцо должно пропускать кончик указательного пальца. С целью предотвращения скопления крови в послеоперационной ране подкожно-жировую клетчатку дренируют резиновыми полосками. Далее швы на подкожно-жировую клетчатку, кожу, йод, асептическая наклейка.

При возникновении больших косых грыж, и рецидивных грыж Nyhus-3А, Nyhus-3Б и Nyhus-4. герниопластика выполняется удвоенным кожным лоскутом по второму варианту: Первым рядом восстанавливают прочность поперечную фасции с помощью кожного лоскута. Фиксируя его от лонного бугорка к связке Купера и паховой связке, и медиально к краям наиболее прочных участков поперечной фасции.

Далее производится прокол во внутренней косой и поперечной мышцах и через данный прокол выводится аутодермальным лоскут, (он занимает положение над мышцами) таким образом чтобы лоскут находился на 2–3 см выше проекции внутреннего пахового кольца. Вторым рядом швов внутренняя косая и поперечная мышца подшивается к паховой связке. Таким образом формируются внутренне паховое кольцо, которое должно пропускать кончик мизинца. Затем третьим слоем лоскут поворачивают вниз и фиксируют по периметру: медиально к апоневротической части внутренней косой мышцы, латерально к Пупартовой связке нижнюю часть фиксируют к надкостнице лонного бугорка. На дно раны ушивают семенной канатик. Далее поверх семенного канатика апоневроз наружной косой мышцы живота необходимо ушить узловыми капроновыми швами с формированием дубликатуры либо без. Вновь сформированное наружное паховое кольцо

должно пропускать кончик указательного пальца. Подкожно-жировую клетчатку дренируют резиновыми полосками либо ПХВ – трубкой.

Результаты и их обсуждения:

Всего с 2007 по 2018 год было прооперировано 90 больных, из них первым вариантом прооперировано – 51 пациент (48 мужчин, 3 женщины).

Вторым вариантом – 49 больных, из них 1 женщина и 48 мужчин.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде: имелись 3 орхита и 2 гематомы. В позднем послеоперационном периоде опрошено и осмотрено около 35 % больных, среди которых рецидивов не выявлено.

Таким образом, герниопластика задней стенки пахового канала с удвоенным кожным лоскутом является эффективным и в тоже время малозатратным методом при грыжесечении, обеспечивая достаточно высокое качество жизни пациентов. Ранние осложнения редки и незначительны, поздних осложнений не выявлено.

Выводы:

1. Подводя итоги многочисленных клинических исследований, следует признать, что выбор операции в первую очередь определяется степенью разрушения задней стенки пахового канала, возрастом пациента, длительностью существования грыжи, характером грыжи (косая, прямая). Поэтому ревизия задней стенки должна быть обязательной процедурой с последующей пластикой задней стенки.

2. При применении нашего варианта пластики, в отличие от ранее применяемых видов пластики задней стенки пахового канала (подразумевающих 2 слоя: мышцы и кожа, либо мышцы и сетка) наш вариант пластики задняя стенка предполагает укрепление 3-мя слоями, (благодаря такому расположению, каждый последующий слой снижает нагрузку на предыдущий) что обеспечивает большую надежность данного метода герниопластики.

3. Вместе с тем для выбора наиболее рационального и радикального метода грыжесечения хирург должен овладеть техникой различных способов грыжесечения и герниопластики и в зависимости от конкретного клинического случая останавливаться на самом оптимальном методе.

**С.В. Вирухин, С.Н. Ильющенко, Н.Ю. Северный, П.В. Астахов,
Д.А. Сидоренко, Д.И. Логинов, С.А. Фирсов**

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ. ЭНДОХИРУРГИЯ ТРАВМ СЕЛЕЗЕНКИ

*ГБУЗ «Областная детская больница», детское хирургическое отделение
г. Южно-Сахалинск, Сахалинская область, Россия*

Currently, laparoscopy is being actively introduced into the clinical practice of children's surgical hospitals in the country. The use of laparoscopy in patients with unclear symptoms of acute abdomen makes it possible not only to reliably clarify the nature of the surgical disease, but also to choose a rational operational access. Experience in the use of diagnostic laparoscopy with closed injury of the abdominal cavity with a ruptured spleen.

Введение

Лапароскопические технологии впервые были описаны G. Kelling в 1923 г. Однако о первом случае использования лапароскопии в детской хирургии сообщил Стивен Ганс в 1971 г., назвав её перитонеоскопией. В дальнейшем были внедрены такие термины как «лапароскопия» и «минимально инвазивная хирургия» [3].

В настоящее время лапароскопия активно внедряется в клиническую практику детских хирургических стационаров страны. Разработка принципиально нового медицинского оборудования и инструментария позволяет проводить это исследование щадяще, с высокой степенью информативности у детей любого возраста, включая новорожденных [1].

Актуальность:

Боль в животе – одна из самых частых причин обращения к детскому хирургу. Во многих случаях дифференциальная диагностика затруднена негативным отношением детей раннего возраста к осмотру, стёртостью клинических симптомов, невозможностью сбора анамнеза. Поэтому в ряде случаев не удаётся верифицировать диагноз без проведения лапароскопического вмешательства.

Применение лапароскопии у больных с неясной симптоматикой острого живота дает возможность не только достоверно уточнить характер хирургического заболевания, но и выбрать рациональный оперативный доступ. К тому же, при отсутствии хирургической патологии, эндоскопическая ревизия органов брюшной полости позволяет выявить обширную группу заболеваний, не требующих оперативного лечения [1].

Так, у девочек подросткового возраста возникают большие трудности в дифференциальной диагностике первичного перитонита и гинекологической патологии; мезаденит и различные виды непроходимости также являются причинами диагностических затруднений, нередко лапароскопии требуются при травмах брюшной полости [3].

При травматических закрытых повреждениях селезенки пункция и лапароцентез не решают диагностической проблемы, а лапароскопия определяет характер повреждения и показания к операции. Достоверность её составляет 94,5 % – 100 %. Манипуляция выполняется у 45,8 % пострадавших с закрытой травмой. Она позволяет сократить срок наблюдения до 6 часов, уменьшает количество эксплоративных лапаротомий с 29,6 % – до 1,2 %.

Достоинством лапароскопии является то, что при наличии современной техники она является не только диагностической, но и лечебной манипуляцией [4].

Материал и методы:

Сахалинская область хоть и является относительно не большой по численности населения (около 500 тыс. человек), но хирургическая активность нуждается в модернизации, и движении в ногу со временем.

К одним из таких направлений в нашем детском хирургическом отделении ГБУЗ «ОДБ» является применение эндоскопических лапароскопических операций.

За последние 5 лет было проведено более 7000 операций, из них 175 с применением лапароскопии.

Из общего числа лапароскопических операций: Аппендэктомии – 62, Диагностическая лапароскопия – 50, Паховые грыжи – 28, Крипторхизм – 10, Гинекологические проблемы – 14, Варикоцеле – 1.

Результаты:

В 7 случаях была проведена диагностическая лапароскопия по поводу Травмы органов брюшной полости с разрывом селезенки.

Среди них:

По возрастной характеристике: 11 лет – 2 ребенка, 12 лет – 2 ребенка, 10 лет, 13 лет, 3 года.

Время от момента травмы до поступления в отделение: 1 час 30 мин, 1 час, 1 час, 2 часа, 2 часа, 12 часов, 15 часов.

Среднее время до госпитализации: 1 час 40 мин. Не считая последние 2 случая, где задержка связана с доставкой из районов.

По времени от момента поступления в больницу до операции: 1 час 20 мин, 1 час 20 мин, 1 час 30 мин, 1 час 30 мин, 1 час, 2 часа, 30 мин. Среднее количество предоперационных часов: 1 час 20 мин – обусловленное диагностикой.

Количество жидкости в брюшной полости согласно данным УЗИ (кровопотеря): 120 мл, 120 мл, 180 мл, 100 мл, 140 мл, 150 мл, 170 мл.

Количество жидкости в брюшной полости откачанной во время лапароскопии: 150 мл, 150 мл, 250 мл, 150 мл, 200 мл, 200 мл, 250 мл.

Среднее количество кровопотери = 180 мл.

По количеству койко-дней нахождения в стационаре: 13 дней, 12 дней, 14 дней, 12 дней, 10 дней, 12 дней, 10 дней.

В 6 случаях интраоператорно при эндоскопическом осмотре отмечалась подкапсульная гематома с разрывом тампонирующая сальником.

Среднее количество дней стояния контрольного дренажа в брюшной полости – 4,7 дня.

Алгоритм диагностики включал: Мониторинг АД и Пульса, Общий анализ крови, Определение группы крови и резус-фактора, УЗИ органов брюшной полости, Рентгенография обзорная брюшной полости.

Практически все дети не требовали длительной предоперационной подготовки.

Все разрывы тампонируются сальником, лишь в одном случае тампонада выполнена вручную эндоскопически.

Во всех случаях полного отрыва селезенки не отмечалось, сосудистая ножка не повреждена.

Удалений селезенки не проводилось.

Использовалась эндохирургическая стойка Karl Storz, аппарат УЗИ Toshiba Amplie 400.

Выводы:

В большинстве из 175 наших эпизодов применения эндоскопического вмешательства, позволило нам обойтись без ошибочного открытого оперативного лечения с минимальной травматизацией.

В 7 случаях наблюдаемых нами с проведением диагностической лапароскопии позволило избежать открытой травматичной операции и уточнить характер повреждения селезенки, а также провести ревизию остальных органов, аспирировать излившуюся кровь в брюшную полость.

Литература

[1]. А. Ф. Дронов, В. И. Котловский, И. В. Поддубный «Лапароскопическая аппендэктомия у детей» Журнал эндоскопическая хирургия – 2013 г.

[2]. М. А. Макарова «Особенности лапароскопических оперативных вмешательств у детей» – Запорізький медичний журнал. – 2015. – №5 (92). – С. 85–88.

[3]. Святовец С.С. «Метод лапароскопической трансвагинальной аппендэктомии с NOTES-ассистенцией» – г. Хабаровск -2010 г.

[4]. В.В. Шапкин, А.Н. Шапкина «Хирургические заболевания и повреждения селезенки у детей» г. Владивосток 2005 г.

**Г.В. Фомов, В.В. Звягинцев, В.П. Горпинюк, О.А. Фомова,
С.Н. Андрус, Д.А. Сипченко**

**УСТРОЙСТВО «КАЛЬМАР»
ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ МИНИДОСТУПА**

*Кафедра хирургии с циклом онкологии,
кафедра анатомии и общей патологии ПГУ им. Т.Г. Шевченко
Отделение эндоскопической и малоинвазивной хирургии ГУ РКБ
Отделение оперативной гинекологии ГУ РЦМиП
г. Тирасполь Приднестровье*

The «Squid» surgical caliper was developed and put into practical work. Scope: herniology, open surgery for operations on the abdominal organs and pelvic organs.

Разработан и внедрён в практическую работу хирургический кронциркуль «Кальмар». Область применения: герниология, открытая хирургия при операциях на органах брюшной полости и органах малого таза.

Введение

Бурное развитие медицинских технологий привело к разработке и внедрению малоинвазивных оперативных вмешательств – таких как операции из минидоступа. Малоинвазивные технологии – одно из главных направлений современной хирургии, призванное уменьшить травматичность оперативных вмешательств. Операции из мини-доступа являются приоритетными в лечении целого ряда заболеваний: желчнокаменной болезни, грыжах передней брюшной стенки, патологии органов малого таза, патологии желудочно-



Рис. 1. Хирургический кронциркуль «Кальмар»

кишечного тракта [1]. Малотравматичность оперативного вмешательства даёт ряд неоспоримых преимуществ: снижение необходимости в интенсивной терапии, минимизация болевого синдрома, хороший косметический эффект, снижение риска развития параза кишечника, уменьшение вероятности образования спаек. И вследствие – значительное снижение количества осложнений в послеоперационном периоде. Высокая социальная и экономическая значимость малоинвазивных технологий выражается в быстрой трудовой и социальной реабилитации пациентов. Технология минидоступа подразумевает разрез кожи в пределах 3–5 см, что даёт возможность пальпаторно ревизировать и препарировать ткани. Однако в условиях

мини-доступа иногда требуется одно-моментная полноценная визуальная оценка зоны операции, которая зачастую оказывается невозможной.

Цель работы:

Разработать и внедрить в практику техническое решение, позволяющее в условиях ограниченной одно-моментной визуализации в условиях мини-доступа, проводить полноценную морфометрическую оценку препарируемых анатомических структур.

Материалы и методы:

В отделении эндоскопической и малоинвазивной хирургии ГУ «Республиканская клиническая больница» разработан и апробирован на практике у 14 пациентов хирургический кронциркуль «Кальмар». Данное устройство представляет собой две изогнутые в виде дуги бранши, выпуклостью обращённые кнаружи инструмента, соединены осью на расстоянии 17 см от концов рабочей части, снабженные на одном конце первой бранши стрелкой, на конце второй бранши, в 5 см от центральной оси на овальной площадке нанесена шкала дугообразной формы с линейками (линейка соответствует расстоянию в сантиметрах). Обе бранши одинаково конически сужаются. Взаиморасположение изогнутых зеркально расположенных друг к другу бранш позволяет ввести инструмент через достаточно малый разрез кожи, когда вся рана в глубине недоступна прямой одно-моментной визуализации, и провести измерение необходимых параметров раны (таких как размер мобилизованного пространства, размер грыжевого мешка, размер грыжевого дефекта, размер диастаза прямых мышц живота, толщину подкожной клетчатки, размер любого анатомического образования требующего морфометрической оценки)

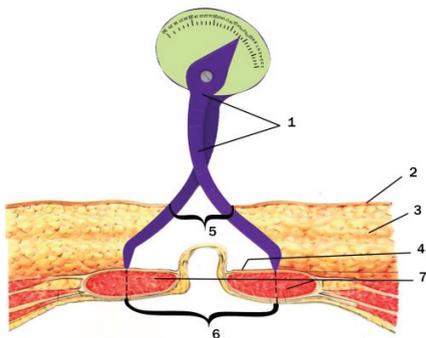


Рис. 2. Изображение кронциркуля в рабочем положении:

- 1 – кронциркуль «Кальмар», 2 – кожа,
- 3 – подкожная клетчатка, 4 – апоневроз,
- 5 – размер кожного разреза,
- 6 – размер раны,
- 7 – прямые мышцы живота

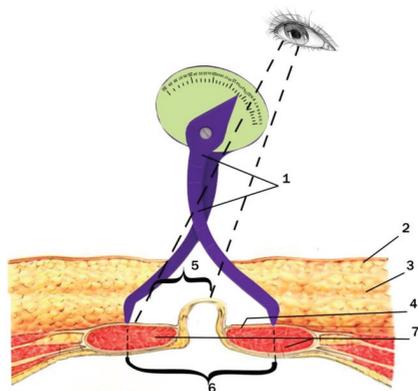


Рис. 3. Схематическое изображение зоны одно-моментной визуализации:

- 1 – кронциркуль Кальмар,
- 2 – кожа, 3 – подкожная клетчатка,
- 4 – апоневроз,
- 5 – зона одно-моментной визуализации,
- 6 – размер раны,
- 7 – прямые мышцы живота

которые в разы превышают длину разреза и не могут быть измерены другим известным в настоящее время измерительным устройством [2, 3].

Изобретение поясняется иллюстрацией, где на рис. 1 показан внешний вид устройства.

Использование хирургического кронциркуля, на примере грыжесечения, осуществляют следующим образом.

После разреза кожи, подкожной клетчатки, мобилизуется апоневроз на передней брюшной стенке, выделяется грыжевой мешок, производится измерение его размеров, содержимое грыжевого мешка вправляется в брюшную полость, грыжевой мешок иссекается. Производится измерение размеров грыжевого дефекта и его ушивание краёв в край.

После производится дополнительная мобилизация апоневроза отступая на 3–4 см от ушитого края. В рану вводят в сомкнутом состоянии хирургический кронцикуль и, раздвигая бранши максимально до наружных краёв мобилизованного апоневроза, производят измерение в продольном и поперечном направлении (рис. 2). Полученный размер в сантиметрах позволяет оптимально подобрать необходимый по площади имплант для герниопластики и позволяет избежать необоснованной расстерилизации импланта не подходящего по размерам для каждого конкретного больного.

Результаты и их обсуждение

Применение описанного устройства исключает использование импланта большего или меньшего размера, чем необходим на самом деле, не что требует подрезания импланта в ходе операции и не удлиняет времени операции, и не приводит к расстерилизации импланта меньшего размера и впоследствии к потере последнего ввиду того, что он не подлежит повторной обработке и повторной стерилизации. Эргономичная форма бранш кронциркуля позволяет производить точное измерение параметров раны в условиях мини-доступа, когда длина разреза кожи в два а иногда в три раза меньше протяжённости мобилизованного апоневроза, необходимого для адекватной аллопластики, когда вся поверхность раны в глубине недоступна прямой одномоментной визуализации (рис. 3). За счет удобства манипулирования инструментом сократилось время на измерение, следствием чего является сокращение времени проведения операции и снижение риска послеоперационных осложнений.

Преимущества предлагаемого инструмента также в том, что он изготавливается на 3-D принтере из гипоаллергенного материала PLA, время изготовления занимает не более 1 часа. При необходимости электронный 3-D вариант чертежа устройства в считанные минуты может быть передан в любую известную географическую точку и может быть распечатан на месте. На описанную модель получен патент ПМР № 492 от 6.07.2018.

Выводы:

Предлагаемое устройство – хирургический кронцикуль «Кальмар» может использоваться в любой хирургической операции как из мини-доступа, так и традиционном доступе, где требуется измерение морфометрических параметров препарируемых структур.

Хирургический кронциркуль должен дополнить любой комплект хирургического инструментария, что позволит уйти от общепринятой негласной интраоперационной морфометрии по принципу «на глаз».

Литература

1. М.И. Прудков «Основы минимально инвазивной хирургии». – Екатеринбург, 2007.
2. А.Ю. Созон-Ярошевич «Анатомо-клинические обоснования хирургических доступов к внутренним органам». – Л.: МЕДГИЗ, 1957.
3. Патент РФ на изобретение №: 2427330 «Устройство для измерения параметров мини-доступа». 27.08.2011 г.

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

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

ЛАТЕРАЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА В ПРАКТИКЕ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

ГУ Слободзейская ЦРБ, отделение травматологии и ортопедии
г. Слободзея, Приднестровье

Pressing question of modern traumatology is treatment out of the articulate crises the top hip department. With growth of life expectancy of the population of the developed countries prevalence crisis of the given localisation grows also. So, in the USA for last 65 years frequency of crises the top femur department has grown with 135 to 612 cases on 100 thousand population, and across Russia it is an indicator has grown in 2 times and makes 100 on 100 thousand population.

Введение: Актуальным вопросом современной травматологии является лечение внесуставных переломов проксимального отдела бедра. С ростом продолжительности жизни населения развитых стран растет и распространенность переломов данной локализации. Так, в США за последние 65 лет частота переломов проксимального отдела бедренной кости выросла с 135 до 612 случаев на 100 тысяч населения, а по России этот показатель вырос в 2 раза и составляет 100 на 100 тысяч населения. Актуальность и высокая социальная значимость этих переломов связана с высокой смертностью больных. По данным ВОЗ летальность после этой травмы составляет 15 %. Чем больше возраст больного, тем выше летальность. Консервативные методы лечения в 70–75 % случаев приводят к неудовлетворительным результатам. Длительный постельный режим приводит к ряду осложнений: в 65 % пролежни, в 23 % гипостатические пневмонии, 18 % тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Часто сохраняется варусная деформация, ротационное смещение, развиваются контрактуры. В связи с этим последние 20–25 лет предпочтение отдается хирургическому лечению.

Цель: отразить значимость выбора способа лечения внесуставных переломов проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы: За последние 10 лет (2008–2017 гг.) в травматологическом отделении ГУ Слободзейская ЦРБ с чрезвычайными переломами бедренной кости пролечено 141 больной. Оперировано из них 81 больной. По разным годам их пролечено от 7 до 23 больных. Средние сроки лечения в стационаре составили от 14,0 до 23,5 койко-дней. Для фиксации переломов проксимального отдела бедра нами использованы мышечелковые пластины под углом 95 градусов с различным количеством отверстий на диафизарной части, а последние годы проксимальная пластина для бедренной кости с угловой стабильностью, что предотвращает миграцию винтов при остеопорозе. Все оперативные вмешательства проводились под спинномозговой анестезией.

Результаты и обсуждение: На второй день больные самостоятельно садятся в постели, начинают активные движения в нижней конечности, проводится дыхательная гимнастика. На 10-е сутки снимаются швы и больные выписываются



Чрезвертельный и подвертельный переломы
бедренной кости
с фиксацией мышцелковой пластиной

Чрезвертельный перелом бедренной
кости с фиксацией проксимальной
пластиной с угловой стабильностью

на амбулаторное лечение. Через 2–2,5 месяца больные передвигаются самостоятельно с опорой на оперированную ногу.

Вывод: оперативные методы лечения внесуствных переломов проксимального отдела бедренной кости сокращают сроки лечения в стационаре, активизируют больного в раннем послеоперационном периоде и улучшают результаты лечения.

И.Ф. Гарбуз

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОЛИТРАВМОЙ

*Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

В последнее время из-за технического прогресса резко возрос детский травматизм, и в частности, детский политравматизм. Множественные переломы и сочетанные повреждения занимают значительное место, и не только в связи с учатившимся числом больных, но, главным образом, из-за тяжести травм. головы и туловища, особенно при дорожно-транспортных происшествиях, кровопотеря, загрязнение и инфицирование ран и травматический шок. Множественная локализация, часто большая глубина и протяженность зоны повреждения, сочетание закрытых и открытых переломов конечностей с повреждениями шок определяют большой процент осложнений, высокий уровень инвалидности и летальности среди пострадавших детей.

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

Материалы и методы исследования. Ретроспективно произвели исследование медицинской документации 34 детей с политравмой, которые получили лече-

ние в последние 7 лет (2010–2017). Из них было 20 мальчиков и 14 девочек. Возраст колебался от 3 лет до 15. Характер кататравмы следующий: падение с высоты – 6 детей; наезд автомобиля – 17; мотоциклетные травмы 7; другие виды – 4. У пострадавших детей преобладали следующие повреждения: Травма черепа, перелом бедренной кости – 13; травма черепа, перелом костей голени – 8; травма черепа, повреждение органов брюшной полости – 5; травма черепа, перелом ребер, ушиб органов грудной клетка – 2; травма черепа, перелом тазовых костей – 1; травма черепа, повреждение почки – 1; повреждение позвоночника, перелом костей голени, ушиб органов брюшной полости – 2; повреждение органов брюшной полости, перелом плечевой кости, перелом костей предплечья – 2.

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

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

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

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

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

Выводы:

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

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

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

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

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

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

А.Г. Гроза, И.Ф. Гарбуз

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*ГУ Каменская РЦБ, травматологическое отделение
г. Каменка, Приднестровье*

*Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Переломы головки мыщелка плечевой кости у детей занимают лидирующее место среди других повреждений локтевого сустава.

Цель исследования – по данным наших наблюдений определить эффективность тактики лечения при переломах головки мыщелка плечевой кости у детей.

Материал и методы исследования: Наблюдались 53 детей с повреждениями головки мыщелка плечевой кости, из которых: эпифизиолоз головки мыщелка плечевой кости – 15; остеоэпифизиолиз головки мыщелка плечевой кости – 18; перелом ядра окостенения головки мыщелка плечевой кости – 9; повреждение головки мыщелка плечевой кости и блока – 7; перелом головки мыщелка плечевой кости в сочетании с другими повреждениями метаэпифизарной зоны плеча – 4.

Лечение определялось в зависимости от степени смещения костных отломков:

1. Перелом головки мыщелка плечевой кости без смещения (19 больных) – гипсовая повязка от основания пальчиков до лопатки на 4 недели;
2. Перелом головки мыщелка плечевой кости со смещением до 3-х мм. (11 больных) – закрытая репозиция костных отломков с их транскутаной фиксацией 2 спицами Киршнера и гипсовая иммобилизация на 4 недели;
3. Перелом головки мыщелка плечевой кости со смещением костных отломков более чем на 3 мм (23 больных), открытая репозиция костных отломков, фиксацией спицами Киршнера и гипсовой иммобилизацией на 4 недели.

Обсуждение материала: У больных 1 группы – спустя месяц после снятия гипсовой повязки объем движений в локтевом суставе полностью восстановлен; у больных 2 группы: у троих репозиция не удалась с последующим оперативным лечением с хорошим результатом, у одного в виду не точного сопоставления костных отломков, сращение не наступало – в последующем произведена открытая ревизия и фиксация костных отломков спицами Киршнера с (спустя 5 месяцев) хорошим результатом; у 7 больных результаты лечения спустя 3 месяца после лечения хорошие, удовлетворительные у 2 больных; у больных 3 группы – (23) у 19 результаты хорошие уже через 2 месяца, у 4 результаты хорошие спустя 5 месяцев после оперативного вмешательства.

Выводы:

1. Переломы головки мыщелка плечевой кости без смещения лечатся консервативно с хорошими результатами.
2. Переломы головки мыщелка плечевой кости со смещением отломков в основном лечатся оперативно.

3. При переломах головки мыщелка плечевой кости с незначительным смещением необходимо строго отнестись к планируемому способу лечения.

И.Ф. Гарбуз, В.Г. Мазур

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

*Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко
ГУ РЦ МуР, хирургическое отделение
г. Тирасполь, Приднестровье*

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

Цель исследования – оценить эффективность применения металлической пластины при пластических операциях на ребрах и грудины при воронкообразной деформации.

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

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

Операция при деформации ребер и грудины заключалась в подхрящевой резекции ребер деформированной зоны и Т-образной остеотомии грудины (рис. 1, 2) с последующей коррекцией её формы и удержание в таком положении при помощи



Рис. 1. Общий вид грудной клетки спереди и на срезе



Рис. 2. Резекция измененных ребер и грудины

металлической пластины собственной конструкции (рис. 3), которая вводилась за грудину, а её бранши упирались на сами ребра.

Схема пластической операции при воронкообразной деформации ребер и грудины (рис. 1, 2, 3).

Металлическая пластина удалялась спустя год после оперативного лечения.

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

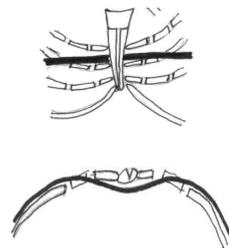


Рис. 3. Расположение металлической пластины после пластической операции

И.Ф. Гарбуз

ЭТАПИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОНТЕДЖА

*Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

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

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

Одной из ведущих причин, способствующих возникновению ротационных контрактур, является неадекватное вправление вывиха головки лучевой кости (не учитывается направление вывиха головки и степень повреждения сумочно-связочного аппарата плечелучевого сустава), неадекватная репозиция костных отломков локтевой кости и длительная фиксация вправленной и/или невправленной головки лучевой кости. Сложная анатомо-функциональная взаимосвязь локтевой и лучевой костей требует идеального подхода к вправлению вывиха головки лучевой кости, сопоставления костных отломков, поэтому любые неустраненные виды смещений реализуются ограничением ротации лучевой кости вокруг локтевой. К ограничению ротации приводят не только поврежденные костные структуры, но анатоми-

ческое восстановление плечелучевого сустава и нарушение структуры и функции мягкотканых образований: межкостной мембраны, мышц-ротаторов предплечья, сосудов, нервов, покровных тканей.

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

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

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

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

Выводы:

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

И.Ф. Гарбуз, В.С. Леонтьев

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ

Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко

г. Тирасполь, Приднестровье

Отделение травматологии ГБУЗ ТО ОБ №4

г. Ишим, Тюменская область, Россия

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

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

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

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

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

В процессе лечения после 3–5 сеансов введения кислорода болевой синдром резко уменьшался или исчезал, отек коленных суставов спадал, улучшалась функция коленных суставов. У части больных (17) после завершения курса лечения проводилась контрольная артроскопия. Все элементы полости коленного сустава розовые на цвет, активизировались признаки репаративной регенерации как в дегенеративно-дистрофических измененных менисках так и суставных поверхностях как бедра так и большеберцовой кости.

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

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

Выводы:

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

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

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

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

И.Ф. Гарбуз

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ДЛЯ ТРАВМЫ ПРИ РОДАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО

Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко г. Тирасполь, Приднестровье

Родовой акт – сложный биомеханический процесс, который влияет на весь организм и системы в отдельности новорожденного ребенка. Сам травматический процесс формируется с гибательно-компрессионного механизма; механизма ротации головки; дистракционным механизмом и сочетанным механизмом травмы.

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

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

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

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

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

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

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

И.Ф. Гарбуз, С.С. Орлик

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

*Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко
ГУ РКБ, отделение смешанной травмы
г. Тирасполь, Приднестровье*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Техника операции: Доступ к зоне повреждения осуществляется с латеральной поверхности плечевого сустава через дельтовидную мышцу. При хорошем обзоре и после изучения формы и стояния костных отломков первым этапом репозиции – формируется проксимальный эпифиз плечевой кости (головка). Собранные фраг-

менты головки провизорно фиксируются спицами. Далее планируется соединение собранной головки с плечевой костью. Поле соответствующей примеркой отломки расположены дистальнее головки устанавливаются в правильном положении. Примеряется металлическая пластина и начинается фиксация костных отломков от собранной головки плечевой кости, далее, зная конкретное расстояние от головки и до неповрежденной плечевой кости, фиксируется пластина к неповрежденной плечевой кости минимум на два шурупа. После всего произведенного отломки вставляются на планируемое место и фиксируются шурупами. Проверяется прочность фиксации и анатомическая форма поврежденной зоны.

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

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

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

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

Выводы:

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

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

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

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

И.Ф. Гарбуз

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

*Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Локтевой сустав у детей является сложной анатомической структурой, в связи с чем восстановительное лечение как после оперативного вмешательства, так и после закрытой репозиции костных отломков с транскутаной фиксацией спицами

сложен и специфичен. Реабилитация функции сустава должно начинаться как можно скорее, после снятия гипсовой повязки. Комплекс восстановительного лечения у этой группы больных зависит от времени, прошедшего с момента повреждения и характера самого повреждения. В связи с чем, восстановительное лечение условно делится на три периода: первый период – период пребывания больной конечности в гипсовой повязки; второй период – период после снятия гипсовой повязки (3 недели); третий период – период начала нагрузки травмированной конечности.

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

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

В первом периоде после наложения гипсовой повязки назначалось лечебная физкультура в виде статическое напряжение мышц травмированной конечности, движения пальцами кисти и обязательно как можно больше двигать здоровой конечностью. Параллельно больные дети получали щадящий, отвлекающий массаж в виде поглаживания пальчиков травмированной конечности, рефлекторно-сегментарный массаж здоровой конечности. Эффективность реабилитации повышается при одновременном применении и физиотерапевтических методов как тепло-, свето- и электролечение.

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

Спустя 3 недели снимается косынка и начинается третий период восстановительного лечения начинаются более активные движения в локтевом суставе самим ребенком под контролем методиста и до появления нежных неприятных ощущений, этой рукой больной начинает пользоваться (берет ложку, игрушку и другие нетяжелые предметы); получает массаж мышц кисти предплечья и плеча. Массаж выполняется в полном объеме начиная от разминания и кончая тонирующим этапом

массажа. Массаж выполняется в сочетании с лечебными упражнениями для локтевого сустава. Больной ребенок параллельно получает на область локтевого сустава парафиновые аппликации; электрофорез с NaCl или KJ. Запрещается насильственное разгибание или сгибание в локтевом суставе, носить этой рукой тяжести.

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

Выводы:

1. В отличие от взрослых детский организм не переносит насилия при разработке функции суставов, что необходимо учитывать при назначении реабилитационного лечения;
2. Необходимо считаться и с психоэмоциональным фактором ребенка, который играет первостепенную роль при восстановлении функции сустава;
3. Разработка функции локтевого сустава должна быть щадящей, нежной, дозированной лучше всего в форме игры;
4. После каждой разработки необходимо показать маленькому пациенту её результативности.

А.Н. Омелько

ДЕНСИТОМЕТРИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА

ООО «Медин»

г. Тирасполь, Приднестровье

По значимости проблемы остеопороз занимает четвертое место среди инфекционных болезней (сердечно-сосудистая, онкологическая патология, сахарный диабет).

Остеопороз (ОП) – это прогрессирующее системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушением структуры (микроархитектоники) костной ткани, приводящее к увеличению хрупкости кости и риску возникновения переломов.

Клиническая диагностика остеопороза включает различные исследования. Она позволяет выявлять наличие заболевания и предотвращать неблагоприятные последствия в будущем. Одним из самых простых способов определения состояния костной ткани является рентгенография. Но этот метод наиболее эффективен

для выявления поздних симптомов заболевания, например, деформации позвонков или переломов костей.

Также в медицине для диагностики остеопороза используется денситометрия, измеряющая количество минерального компонента в костях, то есть кальция. Она может быть ультразвуковой или рентгенологической.

В целях диагностики остеопороза может быть назначено прохождение лабораторных исследований, в которых используются биохимические маркеры. Они дают возможность определить интенсивность костного метаболизма. Для диагностики остеопороза имеют значение показатели кальция, фосфора, паратормона, деоксипиридинолина и остеокальцина.

При рентгеновской денситометрии проводится рентгенография костей в стандартных точках (обычно стандартных точек три: шейка бедренной кости, поясничный отдел позвоночника, лучевая кость). После получения рентгеновского изображения специальная компьютерная программа вычисляет плотность костной ткани в интересующей врача зоне и сравнивает его с показателями, характерными для здорового человека такого же возраста (это называется Z-индекс) или для здорового человека в возрасте 40 лет (такой показатель называется T-индекс).

УЗ-исследование костной ткани (костная сонометрия, УЗ-денситометрия) не может применяться для диагностики ОП и мониторинга эффективности лечения; используются только для скрининга с целью выявления лиц с вероятной костной патологией с обязательной последующей верификацией на DXA;

Показания для DXA денситометрии (с использованием принятых критериев оценки качества измерения): все женщины в возрасте ≥ 65 лет, все мужчины в возрасте ≥ 70 лет, женщины в постменопаузе и мужчины в возрасте от 50 до 69 лет, имеющие факторы риска, женщины в постменопаузе и мужчины ≥ 50 лет, перенесшие переломы, раннее наступление менопаузы; гормональные нарушения у женщин, сопровождающиеся дефицитом эстрогенов, низкая масса тела (в том числе и вследствие того заболевания, как нейрогенная анорексия); наличие кровных родственников, страдающих остеопорозом; наличие первичного гиперпаратиреоза (аденома паращитовидной железы); наличие вторичного гиперпаратиреоза; тиреотоксикоз; снижение уровня тестостерона у мужчин; длительная иммобилизация при переломах или других травмах; синдром и болезнь Иценко-Кушинга; длительное применение глюкокортикоидов; наличие ревматических болезней (спондилоартрит, ревматоидный артрит).

Интерпретация результатов DEXA денситометрии

- от 0 до -1 – плотность кости в норме;
- от -1 до -2,5 – остеопения (разрежение костной ткани);
- менее -2,5 – остеопороз.

Однако, у некоторых пациентов вместо снижения минеральной плотности костей отмечается ее повышение, особенно в позвоночнике (L1-L4), что зачастую связано с развитием дегенеративных заболеваний позвоночника, спондилита, сколиоза, компрессионных переломов позвонков, кальцификации аорты, последних хирургического вмешательства и других причин. Наличие подобных изменений в позвоночнике снижает чувствительность метода применительно к этому отделу скелета и в таких случаях надо ориентироваться на измерение минеральной плотности костей в области проксимального отдела бедра.

Денситометрию следует проводить всем женщинам в возрасте 65 лет – соблюдение этого простого правила могло бы значительно снизить распространенность переломов среди женщин старшего возраста. Важно понимать, что остеопороз значительно осложняет лечение болезней суставов. Остеопороз суставов снижает прочность сочленяющихся в суставе костей. В наши дни широкое распространение получило эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов при артрозах. Стабильность получающейся конструкции напрямую зависит от прочности костей, несущих на себе нагрузку эндопротеза. Наличие остеопороза сустава создает предпосылки для нестабильности эндопротеза, перелому костей в зоне крепления эндопротеза и развитию тяжелых осложнений. Поэтому диагностика, направленная на выявление остеопороза, обязательна для всех пациентов, планирующих проведение эндопротезирования.

И.Ф. Гарбуз, Е.Л. Коляда

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

*Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Травматология и ортопедия как предмет преподавания в медицинском высшем учебном заведении на территории Приднестровья стал возможным после создания в университете имени Т.Г. Шевченко «Общемедицинского (лечебного) факультета» – апрель 1991 г.

Спустя четыре года, в 1995 году начал существовать курс «Травматологии, ортопедии и военно-полевая хирургия» в составе первой клинической кафедры «Общая хирургия».

У истоков формирования дисциплины стоял Михаил Александрович Блиндер – врач травматолог, ортопед первой категории.

С 2001 ведет курс травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии выпускник Приднестровского государственного университета им. Т.Г. Шевченко, ассистент кафедры хирургии травматолог-ортопед Николай Дмитриевич Гуза.

В сентябре 2005 года в соответствии с решением Ученого совета Приднестровского Государственного университета им. Т.Г. Шевченко была организована кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Возглавил кафедру доктор медицинских наук, профессор, член корр. Российской Академии естествознания Иван Филиппович Гарбуз.

Кафедра, в виду её специфики, была расположена на территориях ГУ «Республиканской клинической больницы», ГУ «Госпиталя инвалидов Великой Отечественной войны», ГУ «Республиканского центра матери и ребенка» и «Водолечебницы».

С 2015 года, согласно приказу ректора кафедра переименована – «Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины».

В настоящее время, в процессе обучения студентов, уделяется большое внимание внедрению Федерального государственного образовательного стан-

дарта третьего поколения, целью которого является формирование поведенческих моделей – когда выпускник способен самостоятельно ориентироваться в ситуации, и квалифицировано решать стоящие перед ним задачи, самостоятельно мыслить и быть готовым к реальным жизненным ситуациям. Практические занятия преследуют цель сформировать комплексные знания, при этом основной акцент делается на усвоение практических навыков. Высокий уровень освоения практических навыков возможен благодаря расположению учебных классов на базах ведущих республиканских и городских лечебных учреждений Министерства здравоохранения Приднестровский Молдавской республики. Такими базами являются: ГУ «Республиканская клиническая больница», где и сегодня расположена кафедра, ГУ «Госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны», ГУ «Республиканский центр скорой медицинской помощи».

Студенты во время обучения, кроме теоретической подготовки решают ситуационные задачи, тесты, участвуют совместно с преподавателем в разборе сложных больных, присутствуют на перевязках, при наложении гипсовых повязок, наблюдают за оперативными вмешательствами.

Сотрудники кафедры, кроме учебной работы, занимаются и научно-исследовательской работой. За годы существования кафедры организовано более 10 научно-практических конференций, в том числе и международных. Издано около 20 учебно-методических пособий по профилю, оформлено 23 изобретения.

Активно ведется изыскательная работа со студентами – постоянно функционирует студенческий научный кружок, по основным направлениям кафедры. Осуществляется подготовка аспирантов и клинических ординаторов.

Сотрудники кафедры активно участвуют в лечебно-диагностическом процессе. За период ее существования внедрено много новых методов диагностики и лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата как у детей, так и у взрослых. Кафедра постоянно обновляется молодым талантливыми сотрудниками.

М.И. Дарчук ^{1,2}, А.С. Гергележиу ¹, В.И. Токарчук ¹, Д.М. Дарчук ¹, С.В. Кошуг ^{1,2}

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

¹ Университет Медицины и Фармации «Николай Тестемичану»

² Институт Скорой Медицинской Помощи

г. Кишинёв, Молдова

Annotation: *Complicated nonstable fractures of femoral neck and trochanteric region common with osteoporosis and other diseases – present complicated medical and social problem. In this study we show our treatment results of fractures of proximal femur by endoprosthesis in old patients.*

Введение: сложные нестабильные переломы шейки и вертельной области бедра на фоне остеопороза и сопутствующих заболеваний являются сложной медицинской и социальной проблемой.

Цель исследования: возможности использования эндопротезирования тазобедренного сустава у больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра.

Материалы и методы: в данной работе проанализированы результаты эндопротезирования тазобедренного сустава у 616 пациента пожилого и старческого возраста с нестабильными переломами шейки бедренной кости – 542 (87,9 %) и 74 (12,1 %) с переломами вертельной области бедра.

Средний возраст составил 74 года, от 67 до 96 лет. Женщин было в три раза больше чем мужчин.

В предоперационном периоде производилось необходимое лабораторное и инструментальное обследование и стабилизация сопутствующих заболеваний.

Операция выполнялась под эпидуральной анестезией – в первые 3 дня – 487 (79 %) пациентов и 129 (21 %) спустя 7 дней после травмы.

Использовали передне – латеральный доступ (по Muller) в 518 (84,1 %) случаях и задний в 98 (15,9 %) случаях, в зависимости типа перелома (Garden, Evans).

Выбор эндопротеза зависел от вида перелома, остеопороза, выраженности коксартроза: монополярные – 275 (44,65 %), биполярные – 67 (10,85 %), бикомпартиментальные – 101 (16,46 %), тотальные – 173 (28,04 %). Цементная фиксация во всех случаях вертельных переломах – 74 (100 %) пациента и 128 (23,6 %) – при переломе шейки бедра. При переломах вертельной области бедра в 19 (25,6 %) случаях потребовалась дополнительная фиксация проволочным серкляжом большого, и в 9 (12,2 %) случаях – малого вертела.

Средняя продолжительность операции 55 минут. Интраоперационная кровопотеря до 300 мл и в послеоперационном периоде до 200 мл. Средняя продолжительность госпитализации 10,2 дня.

Мобилизация пациентов проводилась с первого дня, вертикализация и ходьба с полной нагрузкой на второй день.

Результаты: один больной умер от кровотечения – язва желудка и цирроз печени, на пятый день после операции. У двух больных отмечен ложный сустав большого вертела. Отдалённые хорошие результаты (спустя 6 лет) – незначительная болезненность при длительной ходьбе, возможность самообслуживания 78–82 балла по шкале Harris отмечены в 83,2 % пациентов.

Выводы: эндопротезирование у лиц пожилого и старческого возраста при нестабильных переломах шейки бедра является единственным методом лечения; вертельной области – методом выбора.

А. Станев, О. Катэрэу, В. Токарчук, Л. Волонтир, К. Ункуца,

С. Кедрик, Ю. Катан, М. Дарчук, В. Мельник

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

¹ Университет Медицины и Фармации «Николай Тестемицану»

² Институт Скорой Медицинской Помощи

г. Кишинёв, Молдова

Цель: проанализировать методы остеосинтеза при политравме, время их выполнения и ранние результаты.

Материал и методы: были проанализированы методы и ранние результаты хирургического лечения у пациентов с политравмой, в период 2011–2015 гг. Ис-

следовательская группа была – 77 пациентов, подвергшихся хирургическому лечению, в том числе 29 (37,7 %) женщин и 48 (62,7 %) мужчин. Средний возраст составил 37,5 лет, в наибольшей степени население трудоспособного возраста (21–60 лет) – 68 (88,3 %) случаев, причем группа 18–30 лет – 31 (40,2 %) случаев. Механизм – высокая энергетическая травма: дорожно-транспортные происшествия – 49 (63,6 %) случаев, падение с высоты – 19 (24,7 %) случаев и агрессии – 9 (11,7 %) случаев. Политравма была классифицирована по 4 анатомическим формированиям: четырехсегментные – 2 (2,6 %), трехсегментные – 19 (24,7 %), двухсегментные – 56 (72,7 %) случаев. Костно-мышечные поражения были: 140 переломов, множественных – 53 (68,8 %) случаев и одиночных – 24 (31,2 %) случаев; открытые переломы – 13 (9,3 %) случаев. Переломы в верхней конечности и плечевом поясе составили 56 (40 %) случаев, таза – 21 (15 %) случаев, нижняя конечность – 57 (40,7 %) случаев и позвоночника – 6 (4,3 %) случаев. Все пациенты оценивались в соответствии с алгоритмом первичного обследования. Ретроспективно были оценены значения ISS.

Результаты: в исследовательской группе ретроспективно среднее значение МКС составило 21,7 балла. Согласно первичному обследованию, немедленная операция была выполнена в 13 (16,9 %) случаях открытых переломов, выбранный материал остеосинтеза был внешним фиксатором. Отсроченное хирургическое лечение – 64 (83,1 %) случая, выполненных через 1–19 дней после травмы, в среднем 6,5 дней. Методы остеосинтеза состоят из: интрамедуллярного гвоздя – 29 (37,6 %), DCS – 2 (2,6 %), пластины и винтов – 26 (33,7 %), модульной пластины – 7 (9,1 %), угловой стабильная пластинка – 1 (1,3 %), скелетное вытяжение – 5 (6,5 %), PFN – 2 (2,6 %), опорная пластина – 4 (5,2 %), К-провод – 13 (16,8 %), винты – 4 (5,2 %). Ранние результаты были оценены с помощью: рентгеновского аспекта, являющегося удовлетворительным во всех случаях; по частоте осложнений – открытая раневая инфекция в 4 (5,19 %) случаях, успешно лечится, выезд – 2 (2,5 %), боль – нет жалоб 12 (15,6 %) случаев, умеренный – 49 (63,7 %), суровые – 16 (20,7 %) случаев.

Выводы: Продолжительность и объем хирургических вмешательств при скелетных травмах в политравме следует выбирать с учетом тяжести травм, состояния пациента и травматического периода. Обязательно применять алгоритм первичной и вторичной съемки, чтобы правильно оценить тяжесть политравмы и выбрать подходящее лечение на основе принципов контроля повреждений и предсказать прогноз функционального исхода пациентов с политравмой с мышечно-скелетными травмами.

М.И. Дарчук¹, А.С. Гергележиу, С.В. Шорик¹, В.И. Токарчук, Д.М. Дарчук¹, С.В. Кошур¹

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

¹ Университет Медицины и Фармации «Николай Тестемациану»

² Институт Скорой Медицинской Помощи

г. Кишинёв, Молдова

Annotation: There are 70 % of basic axial deformations of knee joint in gonarthrosis. In this study we analysed and showed our results of total knee replacement in degenerative diseases of knee.

Введение: Осевые деформации при остеоартрозе коленного сустава составляют по данным InsaI до 70 %.

Цель работы: проанализировать и оценить результаты тотального эндопротезирования коленного сустава при наличии варусной и вальгусной деформации на фоне артрозо – дистрофических заболеваний.

Материалы и методы: наблюдались 124 больных с первичным и ревматоидным артрозом III-IV стадии. Среди всех пациентов 93 (74,8 %) составляли женщины, 31(25,2 %) мужчины, средний возраст 60 лет. Нарушение оси конечности в сагитальной плоскости установлено в варусной деформации у 111- (89 3 %) и у 13 (10 7 %), в вальгусной деформации коленного сустава, которым было выполнено тотальное эндопротезирование с цементной фиксацией. Для имплантации выбирали эндопротезы, в конструкции которых предусмотрен выбор опорной точки для первичной резекции по передней поверхности дистального эпиметафиза бедренной кости, а также замещение задней крестообразной связки. Всем выполнено стандартное эндопротезирование. Мы использовали в 95 случаях имплантаты ZimmerNexGenLPS, в 29 имплантаты SwingSanatmetal.

При варусной деформации коленного сустава после костной резекции возникало сужение суставной щели медиально как в сгибании коленного сустава, так и в разгибании. В этих случаях мы выполняли медиальный релиз: резекция остеофитов, отсечение медиальной коллатеральной связки, капсулы, сухожилий «гусиной лапки» от большеберцовой кости.

При вальгусной деформации коленного сустава выявлялось сморщивание латерального отдела капсулы, латеральной коллатеральной связки, илиотибиального тракта. В этих случаях проводили латеральный релиз, рассекая в шахматном порядке перечисленные структуры в направлении от бедренной кости к большеберцовой.

Проведённую манипуляцию считали достаточной при достижении разницы в раскрытии суставной щели в 5 мм как при сгибании так и при разгибании.

У 2-х больных потребовалась костная аутопластика дефекта мыщелка большеберцовой кости, у 4-х замещение цементом на введённом шурупе.

Результаты: эффект лечения оценивали через 1,2 и 3 года по 100 – бальной шкале оценки функции коленного сустава (Knee Rating Scale).

У 38 больных функция оценена как отличная (более 85 баллов), у 73 как хорошая (70–85 баллов), у 13 как удовлетворительная (60–69 баллов).В 96,7 % случаев получены отличные и хорошие результаты. Контрактура развилась у 2-х пациентов. Нагноение у 1-го, потребовалось удаление протеза.

Выводы: основные деформации при дегенеративно-дистрофических заболеваниях коленного сустава требуют выполнения медиального и латерального релиза для установки эндопротеза в условиях оптимальной нагрузки.

Н.И. Горшков, Д.С. Прокопенко, С.А. Брызгалов, Ж.В. Красносельская
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
ПОВРЕЖДЕНИЙ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА**

ПГУ им Т.Г. Шевченко, медицинский факультет
ГУ «Республиканская клиническая больница»
г. Тирасполь, Приднестровье

В статье рассмотрены особенности клиники, диагностики и принципы лечения поврежденных скулоглазничного комплекса. Представлены статистические данные за период с января 2017 по октябрь 2018 года о частоте возникновения переломов скулоглазничного комплекса и методах их лечения.

The article describes the features of the clinic, diagnosis and principles of treatment of injuries of the zygomatico-orbital complex. The statistical data for the period from January 2017 to October 2018 on the incidence of fractures of the zygomatico-orbital complex and the methods of their treatment are presented.

Повреждения скулоглазничного комплекса относятся к числу сложных лицевых травм и представляют собой серьезную угрозу здоровья человека и его нормальной жизни в социуме. Скуловая кость является неотъемлемой частью глазницы и в подавляющем большинстве случаев при ее переломе происходит нарушение конфигурации глазницы, поэтому при переломе скуловой кости уместно говорить о переломе скулоорбитального комплекса. «Скулоглазничный комплекс» – собирательное понятие ряда аспектов анатомии, топографии, клиники и рентгенологии, сюда относятся все кости, образующие среднюю зону лица (верхняя челюсть, скуловая кость, кости носа, околоносовые пазухи и др.). В структуре всех травм лицевого черепа на долю переломов скулоглазничного комплекса приходится от 2,3 % до 37,5 % (Н.И. Иващенко, А.Н. Иващенко, 2002; М.Н. Motamedi, 2003). По частоте переломы скулоглазничного комплекса уступают лишь переломам нижней челюсти (П.Г.Сысолятин, 2000). Удельный вес травм скулоглазничного комплекса в структуре травм средней зоны лицевого черепа составляет до 70 % (Н.С. Park, 2001; В.А. Стучилов, 2002, 2004). Основные механизмы повреждения глазницы – дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и криминальная травма (на каждую из перечисленных причин приходится по 40 % переломов). Нередко травмы являются следствием занятий спортом. Описаны единичные случаи возникновения перелома нижней стенки глазницы в результате форсированного сморкания.

Клиническая картина зависит от локализации, характера и степени смещения отломка. При переломе скулоглазничного комплекса большие жалуются на болезненное, иногда ограниченное открывание рта, онемение кожи в подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кровотечение из носа (при повреждении стенок верхнечелюстной пазухи), наличие воздуха под кожей в области глаза (особенно часто при чихании или шмыгании носом после травмы), при этом, при надавливании на кожу, под пальцами ощущаются едва заметные щелчки – лопанье пузырьков воздуха в тканях, заложенность носа, иногда диплопию (двоение в глазах). Может определяться деформация лица (западение тканей) за счёт смещения отломка, кровоизлияние в ткани подглазничной области верхнечелюстной

ного угла глазницы, нижнее веко и конъюнктиву, иногда хемоз. При смещении отломков пальпируется костный выступ (симптом «ступеньки») в области подглазничного края и верхненаружного угла глазницы, в зоне височного отростка скуловой кости. Болевая чувствительность кожи подглазничной области, нижнего века, крыла и кожной части перегородки носа, иногда скуловой и височной области снижена, реже отсутствует. Смещение глазного яблока вглубь орбиты (энофтальм), вниз (гипофтальм), редко – выпирание глаза наружу (экзофтальм). Иногда определяется кровоизлияние в слизистую оболочку верхней переходной складки соответственно 2-му малому, 1–2-му большим коренным зубам. Пальпируется костная ступенька в области скулоальвеолярного гребня. При перкуссии малых коренных зубов на стороне повреждения определяется более тупой звук. На рентгенограмме (носоподбородочная укладка, носолобная укладка) определяется снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи на стороне перелома, нарушение непрерывности нижнего и наружного краёв глазницы, целости височного отростка скуловой кости и скулоальвеолярного гребня. Обычное рентгенографическое обследование не всегда дает четкую и ясную картину перелома. КТ является оптимальным методом рентгеновского обследования для диагностики переломов скулоорбитального комплекса. Аксиальные срезы с шагом томографа в 2–3 мм выявляют нарушения в области медиальной и латеральной стенок и переломы назоэтмоидальной области. Коронарные (фронтальные) срезы, полученные прямо или реформированные из аксиальных срезов, выявляют переломы дна и крыши орбиты и межорбитального пространства. Также КТ орбит и придаточных пазух часто дают возможность диагностировать перелом дна орбиты, а также визуализировать кровь в верхнечелюстной пазухе, равно как и вдавление в области дна орбиты и грыжевое выпячивание её содержимого. У некоторых пациентов со сложной деформацией орбиты необходимо проведение аксиального КТ исследования на спиральном компьютере с последующей трехмерной реконструкцией изображения для получения более полной информации, необходимой для планирования оперативного вмешательства. Ценность МРТ исследования при травмах скулоглазничного комплекса заключается в возможности выявления повреждений мягких тканей (изменения диаметра, разрывы глазодвигательных мышц и т. д.), а также ретробульбарных и поднадкостничных кровоизлияний.

Цель: Задача лечения больных с переломом скулоорбитального комплекса может быть сформулирована следующим образом: проведение мероприятий, позволяющих устранить возникшие в результате травмы функциональные нарушения и предотвратить формирование косметического дефекта, ограничивающего социальную адаптацию больного после травмы. При этом под косметическим дефектом следует понимать такое изменение анатомической формы средней трети лица, из-за которого больной испытывает психологический дискомфорт. Такое понимание косметического дефекта позволяет более гибко подойти к выбору тактики лечения больного с переломом скулоорбитального комплекса. Диапазон оперативных вмешательств при переломах скулоорбитального комплекса очень широк. Если закрытая репозиция отломков может быть выполнена начинающим хирургом, то вмешательства на нижней стенке орбиты являются крайне ответственными и требуют от хирурга высокой квалификации.

Результаты и их обсуждения: В ЧЛХ ГУРКБ г. Тирасполь за период с января 2017 по октябрь 2018 года находились на лечении 38 больных с диагнозом: Перелом скулоорбитального комплекса. Произведено остеосинтезов на костными минипластинами 17 пациентам, гайморотомий с открытой репозицией отломков 7 пациентам, репозиций крючком Лимберга 11 пациентам. Консервативное лечение получило 3 больных.

При свежих переломах (до 10 дней с момента травмы) без смещения отломков возможно консервативное лечение: покой, холод на область перелома в первые 2 дня после травмы. Рекомендуется исключить давление на скуловую область, ограничить открывание рта в течение 10–12 дней. Диета (челюстной стол № 1–2) в течении 2–3 недель. Также назначается симптоматическая терапия. При свежих переломах, при наличии крупных отломков и невыраженного смещения показана репозиция отломков крючком Лимберга. При наличии смещения, многооскольчатых переломах, застарелых переломах (свыше 10 суток) лечение только оперативное. Хирургическое переломов скулоорбитального комплекса зависит от локализации перелома, направления и степени смещения отломков, наличия сопутствующих функциональных местных и общих нарушений, обширности повреждений окружающих мягких тканей. Основным принципом лечения переломов скулоорбитального комплекса является восстановление их анатомической целостности. Этого достигают репозицией отломков и закреплением их в правильном положении. Консервативное лечение пациентов включало в себя назначение антибактериальных, противовоспалительных, антигистаминных, обезболивающих, нейротропных, гемостатических препаратов и др. При необходимости больных осматривали нейрохирурги, офтальмологи и оториноларингологи.

Пример: Больной Т. 30 лет обратился в челюстно-лицевую хирургию ГУ РКБ через 2 суток после получения травмы. При поступлении жалобы на боли в скуловой области, выраженный отек средней трети лица слева, онемение верхней губы, выделение крови из носа. Объективно – гипостезия верхней губы слева, симптом ступеньки по нижнеглазничному краю. Открывание рта в полном объеме. Диплопии нет. На рентгенограмме и МСКТ лицевого скелета: перелом скулоглазничного комплекса слева с выраженным смещением. Посттравматический гематосинус слева. Диагноз: Открытый перелом скулоглазничного комплекса слева со смещением. Посттравматический гематосинус слева.

Больному первым этапом выполнена репозиция скуловой кости однозубым крючком. На контрольных рентгенограммах смещение сохранилось. Так же сохранялось онемение верхней губы, беспокоившее больного. В плановом порядке, после дообследования, выполнена операция – Остеосинтез скулоорбитального комплекса. Из комбинированного доступа произведена фиксация отломков тремя титановыми микропластинами в области латерального и нижнего края орбиты и по скуло-альвеолярному гребню. На контрольных рентгенограммах положение отломков удовлетворительное. Через 5 дней больной выписан на амбулаторное лечение. Через 6 суток удалены швы на коже и через 14 суток удалены внутриротовые швы. Симптомы нейротропии подглазничного нерва прошли к концу второго месяца.

Выводы:

1. Наиболее безопасным и информативным методом диагностики переломов костей челюстно-лицевой области является компьютерная томография, которая

позволяет получить наиболее качественное изображение твердых и относительно качественное изображение мягких тканей челюстно-лицевой области, что позволяет выбрать наиболее оптимальный план дальнейшего лечения или оперативного вмешательства.

2. В настоящее время для хирургического лечения переломов скулоорбитального комплекса предпочтение отдается чрезочаговому остеосинтезу с использованием системы мини- или микропластин и шурупов из титана, которые обеспечивают стабильную и надежную фиксацию репонированных костных фрагментов скулоглазничного комплекса с соседними костями лицевого скелета, что в конечном итоге снижает средние сроки реабилитации и утраты трудоспособности пациентов с такой патологией.

Н.П. Иовва, Г.В. Сонгоров, И.Ф. Гарбуз

ПРИМЕНЕНИЕ АРТОКСАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗАМИ И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Травматологическое отделение консультативной поликлиники ГУ «РКБ»
Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Остеоартроз – это хроническое, медленно-прогрессирующее заболевание не воспалительного характера различной этиологии, которое характеризуется дегенерацией суставного хряща с периодами обострений и ремиссий.

На сегодняшний день остеоартроз (далее ОА) – это самое распространенное заболевание опорно-двигательного аппарата. По статистике, в России им страдает от 10 до 12 % населения. ОА является второй по частоте причиной наступления инвалидности после сердечнососудистых заболеваний. У женщин артроз развивается примерно в три раза чаще, чем у мужчин. Он во многом обусловлен наследственностью. По данным статистики Российской Федерации распространенность ОА возросла на 48 %, а ежегодная первичная заболеваемость – более, чем на 20 %, что связано с глобальным старением населения. ОА встречается у каждого третьего пациента в возрасте от 45 до 64 лет, и в 70 % случаев – у лиц старше 65 лет. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:3, а при ОА тазобедренных суставов – 1:7.

По данным ВОЗ, ОА коленных суставов находится на четвертом месте среди основных причин нетрудоспособности у женщин, и на восьмом месте у мужчин.

Фаза обострения ОА часто протекает с явлениями синовита и выраженным болевым синдромом. Как правило, в этом периоде назначают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Назначают эти препараты внутрь, внутримышечно, внутривенно и в виде суппозиторий. Однако, при длительном применении НПВП, возникают различные побочные эффекты.

С целью достижения максимального эффекта, уменьшения дозировки препарата, мы в последние три года успешно практикуем периартикулярное введение препаратов. Для этой цели используем Артоксан в дозировке 20 мг, реже – Ксе-

фокам в дозировке 8 мг. Препарат разводится дистиллированной водой. Предварительно в место введения препарата вводим 2 мл 2% лидокаина. Таким образом больные безболезненно переносят эту процедуру, так как известно, что нестероидные препараты при внутримышечном и подкожном введении болезненны. Препарат вводится через день: от трех до пяти инъекций. Обезболивающий и противовоспалительный эффект при периартикулярном введении Артоксана намного выше, чем при внутримышечном введении, так как препарат быстро достигает максимальной концентрации в области поражения, и вместо обычных 10–15 дней курса лечения, мы за 7–10 дней получаем значительное уменьшение болевого синдрома, снятие отека, увеличение объема движений в суставе, активизацию больных. Таким образом, на курс лечения используется от 3 до 5 доз вместо 10–15.

Одновременно с нестероидными препаратами применяем миорелаксанты, витамины группы В, сосудистые препараты (трентал, пентилин, ксантинол никотинат), а также физиотерапевтическое лечение: электрофорез, фонофорез, магнитотерапия.

Для укрепления достигнутого эффекта назначаются хондропротекторы (хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат, гиалуронат натрия). Гиалуронат натрия назначается внутрисуставно. При I–II стадии заболевания применяем Гиалган, Остенил, Гиалуром-хондро, а при III стадии заболевания – Гиалуан или Гиалубрикс.

В нашей практике мы крайне редко используем периартикулярное введение стероидов, которые хоть и дают быстрый эффект, вместе с тем имеют ряд противопоказаний, таких как: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, опухолевидные образования, остеопороз.

Кроме остеоартрозов мы широко применяем подкожное введение Артоксана при плечелопаточных периартритах, эпикондилитах, тендобурситах и ахиллитах.

Таким образом, мы избегаем такого осложнения, как патологический разрыв сухожилий, который встречается при введении стероидных препаратов.

В течение трех лет мы использовали Артоксан у 257 больных, их них: 210 – с остеоартрозом коленного сустава, 15 – с плечелопаточным периартритом, 20 – с эпикондилитом и 12 больных с ахиллобурситом. Только в 5 случаях имели место побочные явления: в 3 случаях наблюдались боли в области желудка, которые прошли после отмены препарата и назначения антацидных средств, в 2 случаях имела место непереносимость препарата, которая проявлялась зудом кожных покровов и крапивницей. Аллергические состояния были купированы приемом Супрастина.

Таким образом, периартикулярное применение Артоксана в клинической практике показало его высокую эффективность и безопасность у пациентов с остеоартрозами и другими патологиями опорно-двигательного аппарата. Среди клинических показателей отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома, улучшение общего состояния больных. В свою очередь, значительное снижение потребности в НПВП при периартикулярном введении приводит к значительному снижению их обычных побочных эффектов.

Выводы: периартикулярное введение Артоксана является методом выбора в лечении больных с остеоартрозами, тендобурситами, эпикондилитами, плечелопаточными периартритами и ахиллитами.

А.В. Гаря, В.М. Мунтян

ОПЫТ ОСТЕОТОМИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ СТАТИЧЕСКИХ МЕТАТАРЗАЛГИЙ

ГУ «Республиканская Клиническая Больница»

г. Тирасполь, Приднестровье

Перегрузочная метатарзалгия – комплекс структурно-функциональных изменений в области плюсны, приводящих к изменению нормального равномерного распределения давления на различные участки подошвенной поверхности стопы, клинически проявляющихся болевым синдромом и деформацией взаиморасположения костей плюсны и фаланг пальцев. Метатарзалгия не является редким состоянием. Несмотря на кажущуюся простоту постановки диагноза, истинная причина боли в переднем отделе стопы часто остается нераспознанной, и многие пациенты лечатся либо консервативно, либо проходят лечение по поводу других заболеваний, поражающих передний отдел стопы.

ВВЕДЕНИЕ

Существует множество работ, посвященных хирургическому лечению первичной, или перегрузочной, метатарзалгии. По мнению ряда авторов, ведущую роль в ее развитии играет повреждение главной стабилизирующей структуры – подошвенной связки плюснефалангового сустава. Развитию метатарзалгии способствуют различные причины. По данным М. Bardelli, метатарзалгия, обусловленная биомеханическими причинами, составляет до 84,4 % (из них 70,8 % приходится на структурные изменения стопы, 13,6 % – на функциональные). По другим сведениям, метатарзалгия, обусловленная биомеханическими причинами, составляет до 94,5 %. У всех пациентов с метатарзалгией и сопутствующей молоткообразной деформацией пальцев интраоперационно обнаружено повреждение подошвенной связки плюсне-фалангового сустава.

Термин «метатарзалгия» является описательным и включает в себя множество клинических состояний различной этиологии. Перегрузочная метатарзалгия, в отличие от других причин боли в области плюсны, характеризуется болевым синдромом, вызванным неравномерным распределением нагрузки на область головок плюсневых костей за счет уплощения поперечного свода и повреждения таких структур, как подошвенная связка плюснефалангового сустава и коллатеральные связки. Острая травма может привести к повреждению стабилизирующих структур плюснефалангового сустава с последующим подвывихом в нем и дальнейшей перегрузкой соответствующей головки плюсневой кости. У большинства пациентов обнаруживается преимущественно дегенеративный характер изменений в плюснефаланговых суставах, в то время как посттравматические изменения имеются у незначительного числа пациентов. К перегрузочной метатарзалгии приводит неравномерное распределение нагрузки на плюснефаланговые суставы вследствие функциональных или структурных изменений. Не всегда можно четко разделить эти два фактора, так как в хронической стадии функциональные изменения являются причиной структурных деформаций.

Целью данной работы является улучшение результатов хирургического лечения метатарзалгий на основании предложенного алгоритма хирургической коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследуемую группу вошли 33 пациента с клинической картиной центральной метатарзалгий (54 стопы), отобранных из 76 пациентов, оперированных по аналогичному поводу одним хирургом с декабря 2016 по сентябрь 2018г. Мужчин было 2(3,7%), женщин 31 (97,3%). Средний возраст группы 54,6 г. (от 21 до 72 лет). Пациенты в возрасте от 50 до 59 лет составили 48,7%. В 6 случаях (7,1%) пациенты прооперированы по поводу метатарзалгий, развившихся после ранее выполненных реконструктивных операций. Из этих 6 в 2-х случаях не производилось вмешательство на первом луче.

Хирургическая техника и послеоперационное ведение.

Лечение метатарзалгий заключалось в выполнении косых дистальных метафизарных остеотомий (distal mini-invasive metatarsal osteotomy – ДММО) дистальных метафизарных остеотомий (Helal). Количество пересекаемых костей определялось рентгенологической картиной и локализацией гиперкератозов: при наличии локального гиперкератоза под головкой 2 плюсневой кости и значительном преобладании ее длины над длинами 1 и 3 плюсневых костей выполнялась остеотомия 2 плюсневой кости. При наличии гиперкератоза под головкой 2 плюсневой кости без значительного преобладания ее длины пересекались 2 и 3 плюсневые кости. В остальных случаях выполнялось вмешательство на 2, 3 и 4 плюсневых костях. Остеотомия производилась под рентген телевизионным (ЭОП) контролем через 3–4мм доступ, осуществлявшийся узким скальпелем с трехгранной заточкой типа Beaver. Лезвие скальпеля направлялось справа от оперируемой плюсневой кости параллельно сухожилиям разгибателей к месту субкапитальной остеотомии. Скальпелем производилась депериостизация области начала остеотомии и формировалось пространство для работы фрезой. При необходимости через этот же доступ осуществлялась удлиняющая тенотомия сухожилий разгибателей. Завершение остеотомии контролировалось клинически (подвижность головки) и рентгеноскопически. Раны ушивались монофиламентовой нитью. В конце операции накладывалась повязка с раздельной фиксацией каждого пальца. Обычно повязка менялась 2–3 раза с интервалом 7–10 дней. Срок фиксации в повязке определялся необходимостью удержания в нужном положении пальцев после вмешательства по поводу hallux valgus и молоткообразных деформаций. После операции только по поводу центральной метатарзалгии не было необходимости в повязке после заживления раны (обычно 1 неделя). Рекомендовалось ношение послеоперационной обуви на плоской ригидной подошве, позволявшей полную равномерную нагрузку на всю стопу, в течение 3–4 недель после операции. Выписка после вмешательства на одной стопе осуществлялась в день операции, на двух стопах – на следующий день. Контроль результатов операций осуществлялся через 3,6 месяцев и 1 год. Для оценки эффективности операционного вмешательства использовался критерий с применением шкалы AOFAS до и после операции. Фиксировались осложнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Средний срок наблюдений составил 14 месяцев (от 3 до 24 месяцев). Остеотомия 2 плюсневой кости выполнена в 23 случаях (42,5%), 2–3 плюсневых в 18 (33,3%) и 2, 3, 4 плюсневых в 8 случаях (14,8%). Пациенты оказались довольны результатом

операций в 21 случаях (63,6%), удовлетворены в 10 случаях (33,3%), в 2 случаях (6,06%) не удовлетворены. Средняя оценка по шкале AOFAS: до операций 54,3 балла, после операций 90,1 балла. Две стопы (6,06%) потребовали повторного вмешательства из-за сохранявшейся центральной метатарзалгии. В одном случае после выполнения остеотомий 2–3 плюсневых костей натоптыш под их головками исчез, зато появились болезненность и гиперкератоз под головкой 4 плюсневой кости. Через 6 месяцев выполнена ее субкапитальная остеотомия. Бессимптомные гиперкератозы, ставшие менее грубыми с момента операции, к последнему осмотру сохранялись у 5 пациентов (15,1%). Формирования псевдоартрозов, и инфекционных осложнений не отмечено. Отек стопы до осмотра через 3 мес. сохранился в 16 случаях (29,6%), к 6 мес. – на 1 стопе (1,85%). Самым частым осложнением оказался сохранявшийся у 16 пациентов (29,6%) до 3 месяцев после операции отек стопы. Отек являлся транзиторным и к 6 месяцам оставался лишь у одного пациента. В свою очередь, Ваецг предложил рассматривать отеки как характерный признак послеоперационного периода, а не осложнение.

ВЫВОДЫ:

1. Таким образом, установлено, что DMMO, остеотомия(Helal) является эффективным и воспроизводимым методом лечения статических метатарзалгий, позволяющим в значительном проценте случаев добиваться удовлетворенности пациентов и значительного роста индекса (AOFAS).

2. Полная подвижность плюснефаланговых суставов сохранена более чем в 82% случаев. *Частота осложнений низкая и сходна с данными других опубликованных исследований. *Преходящие отеки относительно часты, однако не оказывают влияния на конечный результат.

В.Ю. Литвин, О.В. Грицкан

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Лечебно-консультативное и отделение физиотерапии медико-диагностического центра «Медин»
Тирасполь, Приднестровье*

Остеоартроз – это дегенеративно-дисторфическое заболевание суставов, затрагивающее различные ткани сустава, включая субхондральную кость, синовиальную оболочку и особенно суставной хрящ. Его распространенность в возрасте 60 лет и старше достигает 97–100%. Основными проявлениями остеоартроза являются боль и ограничение функции сустава, а также патологические изменения его структуры.

За три года (2015, 2016, 2017 гг.) было обследовано и проведено лечение 937 пациентам, из которых 654 женщины, основная группа это остеоартроз коленных суставов 2–3 стадии (78% – 730 человек).

Наш медицинский центр располагает широким спектром как лабораторных, так и инструментальных методов исследований, которые помогают провести дифференциальную диагностику между остеоартрозом и различными артритами имеющих схожую симптоматику.

Лабораторные исследования позволяют получить дополнительную диагностическую информацию. Анализ крови на мочевую кислоту позволяет исключить подагру, АСЛ-0 – стрептококковую инфекцию, АНА-аутоиммунные процессы, РФ, анти-ССР ревматоидный артрит, LE- системную красную волчанку. Из инструментальных методов обследования используем рентгенографию суставов, ультразвуковые исследования, магнито-резонансную томографию. УЗИ позволяет выявить наличие синовиальной жидкости, неровность контуров и целостность костей, воспаление мышц, связок, сухожилий.

МРТ суставов – один из самых передовых, информативных, высокоточных методов исследования в современной медицине, позволяет оценить степень дегенеративных изменений в суставах. Всем пациентам с остеоартрозом рекомендуем пройти денситометрию, с целью определения плотности костной ткани, т.к эта возрастная группа страдает еще и остеопорозом.

Согласно существующим практическим рекомендациям лечение остеоартроза должно проводиться с использованием комплексного подхода, включая как немедикаментозные, так и медикаментозные методы лечения.

Учитывая, что больные в пожилом и старческом возрасте имеют значительное количество сопутствующих заболеваний, ограничивающих прием НПВС, а в некоторых случаях и невозможность их приема, альтернативой может служить лечение антигомотоксическими препаратами, одним из которых является Цель-Т. Цель-Т-это натуральный комплексный препарат, оказывающий хондропротективное, хондростимулирующее, противовоспалительное, анальгезирующее, восстанавливающее и иммуностимулирующее действие. Препарат выпускается в разных формах: раствор для инъекций, сублингвальных таблетках, мазь. Препарат можно применять длительно, не опасаясь за побочные эффекты, который мы наблюдаем при приеме НПВС.

Пример: Пациентка К. 79 лет, длительное время страдает ПДОА крупных суставов 2-3 ст., в анамнезе артериальная гипертензия, кардиомиопатия, ОНМК, ГЭРБ, эрозивный гастрит. После приема Цель-Т в течении трех месяцев в виде инъекций, таблеток, мази отметила положительную динамику в виде уменьшения болей и достижения длительной ремиссии. За время лечения не было отмечено никаких побочных эффектов.

Положительное влияние на функциональное состояние сустава и снижение болевого синдрома оказывают препараты гиалуроновой кислоты (ГНК). Введенная в полость сустава экзогенная гиалуроновая кислота остается там в течении нескольких дней, но ее эффект может сохраняться до шести месяцев. Имеются единичные сообщения об использовании внесуставного введения данных препаратов. Целесообразность такого способа применения очевидна: трудности пункции ряда суставов, отсутствие непреднамеренного повреждения суставного хряща при внутрисуставной инъекции, воздействие препарата на пораженные связки, сухожилия, капсулу сустава, что расширяет возможности терапии суставной патологии.

Введение эндогенной ГНК в сустав нормализует синтез эндогенного протеогликана хондроцитами, оказывая положительное влияние на вязко-эластические свойства синовиальной жидкости, что замедляет или останавливает дегградацию суставного хряща.

Положительная сторона такого лечения состоит в отсутствии системных реакций, что важно для пожилого возраста.

Принимая во внимание возраст пациентов, полиморбидность, высокие затраты, побочные эффекты и осложнения лекарственной терапии особое внимание уделяется физиотерапевтическим процедурам.

За период с 2015 по 2017 гг. в физиотерапевтическом отделении ООО «Медин» прошли лечение по поводу заболеваний костно-мышечной системы 700 человек, что составило 34,8 % от общего числа пациентов (2015 г. – 322 человека, 2016 г. – 2015, 2017 г. – 163). пациенты старше 60 лет с артрозами разной степени составили 62 % (434 человека).

Наиболее часто использовались следующие виды физиотерапевтического лечения: магнитотерапия, лазеротерапия, фонофорез или электрофорез лекарственных веществ, массаж суставов. Комбинировались процедуры в зависимости от возраста и сопутствующей патологии пациента. В основном использовались местные методики. И, что очень важно, применение данных физических факторов возможно практически в любой стадии деформирующих артрозов и хорошо переносится больными данной возрастной группы. Обосновано применение ударно-волновой терапии (УВТ), которая обладает следующими эффектами: ангиотрофический, нейротрофический, обезболивающий, противовоспалительный, противоотечный, стимулирующий ангиогенез и регенерационные процессы. Положительным в данном виде лечения является малый перечень противопоказаний, хорошая переносимость, количество процедур на курс от 3 до 5 сеансов, отсутствует необходимость ежедневно посещать отделение (интервал между процедурами составляет от 4 до 7 дней). Клинически пациенты отмечают не только уменьшение болевого синдрома, но и уменьшение утренней скованности и увеличения объема движений в суставах.

Занятия ЛФК должно быть обязательной частью лечения больных остеоартрозом. Основные задачи ЛФК – предупреждение и коррекция функциональных нарушений, снижение болевого синдрома путем приспособления суставов к дозированной нагрузке, борьбе с гипотрофией и атрофией мышц, повышении общего тонуса и трудоспособности.

Выводы: Учитывая, что данной патологии подвержены большая группа возрастного населения, с большим количеством сопутствующей патологии подход к диагностике и лечению должен быть комплексным и индивидуальным к каждому пациенту. Учитывая нынешнее развитие медицинских технологий и многообразие фармацевтического рынка можно подобрать к каждому пациенту необходимый перечень препаратов и метод лечения для достижения стойкой ремиссии заболевания и улучшения качества жизни. В тех случаях, когда стойкие изменения не поддаются консервативной коррекции рекомендуется оперативное лечение, с целью восстановления функции сустава и купирования стойкого болевого синдрома.

И.Ф. Гарбуз, В.М. Мунтян, В.С. Леонтьев

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА

Кафедра травматологии, ортопедии и ЭМ медицинского факультета ПГУ им. Т.Г.Шевченко

ГУ РКБ, отделение смешанной травмы

г. Тирасполь, Приднестровье

Отделение травматологии ГБУЗ ТО ОБ №4

г. Ишим, Тюменская область, Россия

Чрезмышелковые переломы плечевой кости их специфика лечения у больных старше 50 лет является актуальной.

Для адекватного восстановления поврежденных тканей при чрезмышелковых переломах плечевой кости с последующим воссозданием формы и функции локтевого сустава у травмированного пациента старшего возраста необходимо: декомпрессия травмированных мягких тканей; удаление гематомы и сгустков крови с зоны перелома; точная, щадящая, адаптация костных отломков и их нежная и прочная фиксация; послеоперационная эффективная, недлительная иммобилизация, физиологическое послеоперационное обезболивание, ранняя дозированная щадящая неболезненная разработка функции поврежденного сустава.

Имеющийся в арсенале способов хирургического лечения чрезмышелковых переломов у пациентов преклонного возраста не всегда дает желаемый результат.

Цель исследования: Изучить эффективность хирургического лечения чрезмышелковых переломов у пациентов старше 50 лет, где кроме точной репозиции и прочной фиксации костных отломков в послеоперационном периоде применены лечебная блокада плечевого сплетения.

Материалы и методы исследования. Исследовались 47 историй болезни пострадавших старше 50 лет, которые получили лечение в отделении смешанной травмы за последние 8 лет с диагнозом закрытый чрезмышелковый перелом плечевой кости из которых – 25 женщины и 22 мужчины. Возраст больных от 50 лет до 85 лет.

Согласно классификации АО/ASIF, внесуставные переломы (тип А) имели место у 11 больных (23%), неполные внутрисуставные (тип В) – у 19 (40%) и полные внутрисуставные (тип С) – у 17 (36%). Из всех больных открытые переломы были у 7 больных.

Ключевые симптомы: боль, отек, ограничение функции, больной не пользуется травмированной конечностью.

Всем пострадавшим проводилась рентгенография локтевого сустава строго двух проекциях. Из 47 больных – 40 больных оперированы – открытая репозиция костных отломков с остеосинтезом последних металлической пластиной с угловой стабильность, у 7 больных, где смещение костных отломков было незначительное, произведена под общим обезболиванием закрытая репозиция костных отломков с последующей наложением гипсовой иммобилизации до исчезновения болевого синдрома.

Показанием для оперативного лечения: неудавшиеся закрытая репозиция костных отломков, проводимая на первом этапе; открытые переломы; закрытые переломы со значительным смещением костных отломков; повреждения плечевой

кости с угрозой вторичного открытого перелома; осложненные переломы; оскольчатые переломы плечевой кости; переломы плечевой кости, поступившие в клинику спустя более суток после травмы.

Для открытой репозиции костных отломков при чрезмыщелковых переломах плечевой кости применяли задний U-образный доступ. Операционная рана послойно углублялась, отсекался локтевой отросток, удалялась гематома, проводилась ревизия костных отломков их сопоставление и фиксация металлическими пластинами с угловой стабильностью. Послойно ушивалась с последующим наложением гипсовой иммобилизации на короткий период. Спустя 3–4 часа после оперативного вмешательства, хирург смотрит функциональное состояние лучевого нерва и производит лечебную блокаду плечевого сплетения.

При закрытой репозиции костных отломков дистального метаэпифиза плечевой кости необходимо строго соблюдать несколько условий: адекватная, глубокая анестезия; дозированное расслабление и растягивание травмированной конечности по оси; нежное, нетравматичное, корректное с точки зрения биомеханики сопоставление костных отломков и после рентгенологического контроля; адекватная гипсовая иммобилизация.

После репозиции необходимо следить за функцией лучевого нерва.

Скромный опыт показывает, что при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у пациентов старше 50 лет – щадящим способом лечения является хирургическое, позволяющему избежать возможных осложнений сосудисто-нервного характера. Ранее оперативное вмешательство технически просто и при этом удается произвести своевременную декомпрессию тканей в зоне повреждения, удаление гематомы, восстановление поврежденных анатомических структур, проводится профилактика вторичного отека с последующим предупреждением развития гетеротопических оссификатов, создаются благоприятные условия для регенерации поврежденных тканей и восстановления функции локтевого сустава.

Хирургическое лечение пострадавших преклонного возраста с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости дало свой положительный результат: у 75 % результаты хорошие; у 20 % удовлетворительны и у 5 % результаты сомнительные. Плохих результатов не наблюдали.

При лечении консервативным способом все случаи завершены с формированием стойкой контрактуры в локтевом суставе.

Восстановительное лечение у этой категории больных своеобразное. Оно не терпит активную и пассивную болезненную разработку, механотерапию и другие «принудительные» и болезненные упражнения.

Важным является – после снятия иммобилизации активные движения при домашних занятиях, при различных отвлекающих с вовлечением в рабочий процесс поврежденной конечности. Не следует акцентировать внимание больного на большую конечность. Полезны движения в теплой воде, плавание и др.

Выводы:

1. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости у пациентов старше 50 лет является сложным повреждением в аспекте тактики лечения;

2. Ранее радикальное адекватное и безболезненное лечение способствует хорошим ранним результатам лечения;

3. Как при оперативном, так и при консервативном лечении хирургу важно отработать этапизированный алгоритм лечения с тщательным его исполнением;

4. Результаты лечения переломов дистального метаэпифиза плечевой кости у пациентов преклонного возраста находятся в прямой зависимости от техники лечения и компетентности специалиста.

В.В. Люленова, А.П. Люленов

БИОХИМИЯ ПИТАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ

Кафедра фармакологии и фармацевтической химии ПГУ им. Т.Г. Шевченко

г. Тирасполь, Приднестровье

Актуальность. Статистика переломов показывает, что у каждого человека, перелом какой-либо кости возникает 1–2 раза в течение всей жизни. Например, в США ежегодно регистрируются около 7 миллионов случаев, в России – около 9. По поводу влияния химического состава питания на процесс сращения костей после перелома в литературе встречаются различные взгляды. Большинство придерживается мнения, что правильное питание положительно влияет на процесс восстановления после перелома. В то же время некоторые врачи отмечают, что усиленное питание после не может ускорить процесс сращения кости, так как образование первичной костной мозоли (фаза репарации) и дальнейшее восстановление нормальной структуры костной ткани в области перелома константны по времени. Конечно, на время восстановления влияют: размер и тяжесть перелома; количество повреждений; возраст пациента. Все-таки история и практика лечения переломов показывает, что скудное питание при переломе костей рук, ног и позвоночника оказывает отрицательное влияние на время заживления, ведь еда является поставщиком строительного материала для регенерации костной ткани и суставных хрящей.

Цель исследования: Изучить какие изменения требуется внести в свой рацион пациенту в зависимости от места перелома, чтобы активизировать метаболические процессы для восстановления и быстрого заживления перелома без осложнений.

После перелома руки питание не предполагает особых изменений калорийности, так как физические нагрузки на организм остаются прежними. Единственным требованием является обогащение организма полезными веществами (цинк, лизин, пролин и аргинин).

При переломе позвоночника питание требует большего внимания, так как может быть повреждена не только костная, но и хрящевая ткань. Меню в этом случае необходимо дополнить блюдами с большим содержанием коллагена. Рацион необходимо наполнить продуктами, содержащими коллаген и богатые кремнием. Кремний входит в состав коллагена – основного белка соединительной ткани. Основная его роль – участие в скреплении отдельных волокон коллагена и эластина, что придает соединительной ткани прочность и упругость. В большом количестве этот элемент содержится в хвоще. «Омозоление» места перелома происходит активнее при введении с пищей желеобразных коллагеновых веществ. Полезно включить в меню холодцы, желе, десерты на основе агар-агара.

Диета при переломах ноги требует уменьшения калорийности рациона. При такой травме физическая активность человека снижается, поэтому соблюдение обычной диеты вызывает риск повышения массы тела. Важно насыщать организм белками. Для этого нужно употреблять достаточное количество мяса, рыбы и яиц и уменьшить содержание углеводов. Диета при переломах костей ног (особенно больших трубчатых костей) должна содержать до 100–150 г белка в сутки. Среди аминокислот особенно важны лизин, глутамин, аргинин, глицин, пролин, цистин, которые входят в состав полноценных белков.

Для успешного усвоения белка необходимы макро- микроэлементы, и витамины:

Элемент	Сут. Потр	Витамин	Сут. Потр.
Медь	3 мг	Витамин К	1000 мкг
Фосфор	1200 мг	Витамин С	3000 МЕ
Кремний	20 мг	Витамин D	2000 МЕ
Кальций	1200 мг	Витамин B6	2000 МЕ
Цинк	30 мг	Витамин B9	

Самую важную роль при восстановлении костной ткани играет кальций, который в большом количестве, содержится в молочных продуктах: молоко, творог, сметана, сыры. Много его в яйцах, рыбе (сардины, карп, треска, лосось) и различных морепродуктах (креветки, крабы, анчоусы, мидии). Богаты им бобовые, орехи, семена, кунжут является рекордсменом по содержанию кальция. Среди овощей наибольшее количество этого элемента содержится в листьях салата, капусте, луке, укропе, петрушке и базилике. Полезны сухофрукты (курага, изюм). Но следует исключить ревень, шпинат, щавель, так как они содержат кислоты, вымывающие кальций. Без витамина D кальций не может полноценно усваиваться в организме, его содержат жирная морская рыба, рыбий жир. Витамин D синтезируется на свету из холестерина и вместе с кальцием регулирует фосфорно-кальциевый обмен. Кальций и фосфор входят в состав гидроксиапатитов костной ткани, поэтому недостаток фосфатов в питании замедляет процессы сращивания кости. Для восполнения дефицита фосфора нужно включить в рацион человека сыры, фасоль, яичные желтки, красную икру. Эти продукты содержат значительное количество фосфолипидов и фосфопротеинов и пополняют резерв фосфатов.

Медь входит в состав фермента лизилоксидазы, который участвует в синтезе нормального коллагенового волокна. Лучшими источниками меди являются: печень, листовые овощи, цельнозерновые продукты, морская рыба, устрицы, орехи, миндаль, семечки и бобовые.

Сращивание переломов костей во многом зависит от наличия в организме человека магния и цинка. Дефицит этих элементов вызывает замедление в процессе усвоения белка. Много магния в орехах, проросшей пшенице, хлебе тёмных сортов, листовых овощах. Содержание цинка пополняется грибами, тыквенными семечками, гречневой и овсяной кашей, грецкими орехами.

При нарушении целостности костей в организм должны в достаточном количестве поступать витамины группы B (B_6 , B_9 и B_{12}). Они также необходимы для фор-

мирования коллагенового каркаса костей. Витамин В₆ содержится в говядине, говяжьей печени, почках и сердце, мясе кролика и кур, орехах, чесноке, немного меньше его содержание в крупах, овощах и зелени. Фолиевая кислота (витамин В₉), содержится в продуктах растительного происхождения. Лидеры по содержанию этого витамина листья шпината, петрушки, брокколи, лука-порей, капусты. Полезны любые овощи (особенно свекла, морковь, тыква), фрукты и орехи. Для формирования прочной костной ткани необходим и витамин В₁₂, который наш организм может получить преимущественно из животной пищи (говядина, рыба, молочные продукты и яйца), немного этого витамина обнаружено и в растительных продуктах (дрожжи, соя, листья зеленого салата, морская капуста). Аскорбиновая кислота также необходима для образования костной мозоли, т. к. она участвует в синтезе коллагена. Этот витамин в большом количестве содержится в овощах, фруктах, ягодах, а также свежавыжатых соках из них. Витамин К ускоряет отложение кальция в костной ткани и усиливает действие витамина D. Он синтезируется нормальной микрофлорой кишечника и поступает в организм с пищей. Витамин К содержится в зелени, капусте, кисломолочных продуктах, говядине и субпродуктах.

В повседневной жизни не всегда удастся составить сбалансированное меню и учесть все необходимые элементы и витамины в питании пациентов с переломами. Поэтому повысить прочность костей скелета, ускорить процесс их регенерации после перелома помогают специальные витаминные комплексы. Фармация предлагает целый ряд комплексных препаратов, активирующих биохимические процессы. Травматологи могут прописать принимать:

1. Энджой NT. Помимо снижения хрупкости костей, благодаря препарату уходят болевые ощущения и воспалительные процессы.

2. Витрум Остеомаг. Повышает прочность костей, устраняет дефицит витамина D₃, магния и кальция в организме.

3. Остео Санум. Основные компоненты витаминного комплекса: экстракт мумие, фолиевая кислота, кальций, витамины В₁₂, В₆ и D₃. Такой состав способствует значительному ускорению процесса консолидации перелома.

4. Коллаген Ультра. Благодаря биотину, аскорбиновой кислоте, ретинолу и кальцию перелом руки, ноги срастется быстрее, и образуется качественная костная мозоль. Принимать препарат можно и в целях профилактики, чтобы сократить риск получения переломов в будущем.

5. Кальцемин или Кальций D₃ Никомед. Устраняют дефицит кальция. Витамин D₃, входящий в их состав, не только помогает кальцию усвоиться, но и принимает участие в процессе образования коллагеновой костной структуры.

При переломах костей следует ограничить или полностью исключить напитки, содержащие кофеин (кофе, чай, шоколад). Кофеин способствует вымыванию кальция из организма. Необходимо также уменьшить количество сладостей. Жиры замедляют усвоение кальция из других продуктов, поэтому не следует употреблять очень жирную пищу.

В заключении важно упомянуть и о вреде алкоголя и курения в процессе восстановления костной ткани. Алкоголь негативно влияет на гены, ответственные за формирование костных тканей, поэтому замедлит процесс выздоровления и повысит хрупкость костей. Токсины, выделяющиеся во время курения, способствуют

нарушению баланса эстрогена, который укрепляет кости. Под воздействием никотина разрушаются костеформирующие клетки – остеобласты. При курении в организме начинает повышенно выделяться кортизон, а его избыток снижает прочность костных тканей.

Таким образом, если при реабилитации после перелома костей соблюдать лечебную диету и режим питания наряду с лечебными упражнениями и процедурами это безусловно позволит ускорить процесс выздоровления и снизит негативные последствия травмы.

Л.Д. Полякова, М.С. Чокинэ

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ КРЫС С РАЗЛИЧНЫМИ РАЦИОНАМИ ПИТАНИЯ

Институт физиологии и санокреатологии
г. Кишинев, Молдова

In the article data are presented about influence of rations with different maintenance of nutrients in combination with physical activity on some biochemical indexes of rats. It is discovered that rations with different maintenance of nutrients in combination with physical activity did not educe deviations from a norm, all studied indexes were within the limits of physiological vibrations characteristic for this type of animals.

В литературе известны неблагоприятные последствия влияния на здоровье человека недостатка или избытка отдельных питательных веществ в рационе [3]. Что касается недостатка или избытка тех или иных компонентов в рационе в зависимости от физических нагрузок, известно мало [1, 2]. Согласно санокреатологической теории [5] только те системы питания, которые учитывают физиологические, метаболические и саногенные потребности организма будут успешными.

Цель исследования – определение влияния физической нагрузки на некоторые биохимические показатели сыворотки крови крыс с различными рационами кормления.

Материал и методы исследования. Эксперимент проводили на 15 белых лабораторных крысах-самцах (возраст 5–6 месяцев). Были сформированы три группы по 5 животных: I группа (контрольная) – стандартный рацион питания (15 % – белка, 60 % – углеводов, 25 % – жиров); II группа – рацион с высоким содержанием белка (25 % – белка, 55 % – углеводов, 20 % – жиров); III группа – рацион с высоким содержанием углеводов (10 % – белка, 70 % – углеводов, 20 % – жиров). Все животные в течение месяца подвергались ежедневной максимальной физической нагрузке – плавание (t воды +27С°). Биохимические исследования сыворотки крови включали определение содержания общего белка, альбумина, триглицеридов, мочевины, креатинина, глюкозы, холестерина, а также определение активности γ -глутамилтрансферазы, щелочной фосфатазы (ЩФ), АЛТ и АСТ. Отбор крови проводился через 24 часа после завершения физической нагрузки. Исследования выполнены с использованием автоматического биохимического анализатора „JEOL BioMajesty”. Данные были статистически обработаны с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов проведенных биохимических исследований сыворотки крови, выполненный с учетом референсных значений показателей у крыс [4], не выявил отклонений от нормы. Тем не менее, при статистической обработке данных отмечены различия между группами: содержание АЛТ и АСТ в сыворотке крови крыс с рационом высокого содержания белка было

соответственно на 19 и 22 % выше ($p < 0,05$), чем у крыс со стандартным рационом. В сыворотке крови крыс, рацион которых отличался высоким содержанием углеводов, содержание АСТ, ЩФ и альбумина было соответственно на 38, 22 и 7 % выше чем в сыворотке крыс со стандартным рационом. Что касается влияния максимальной динамической физической нагрузки в зависимости от различного содержания нутриентов в рационе, то увеличение времени плавания крыс в контрольной группе, по сравнению с исходным, наблюдалось: на 7-й день – в 4,5 раза, на 14-й день – в 6,9 раза, на 21-й день – в 8,6 раза, на 28-й день – в 15,4 раза, на 31-й день – в 18,3 раза. В группе с рационом высокого содержания белка, время плавания на протяжении всех дней, увеличилось (на 7-й день – в 2,1 раза ($p < 0,05$), на 14-й день – в 3,9 раза ($p < 0,01$), на 21-й день – в 6,9 раза, на 28-й день – в 9,8 раза, на 31-й день – в 13,8 раза). В группе крыс с углеводной диетой, время плавания по сравнению с исходным, увеличивалось на протяжении всех дней эксперимента. На 7-й день, время плавания увеличилось в 3,2 раза, на 14-й день – в 4,5 раза, на 21-й день – в 4,4 раза, на 28-й день – в 6 раз, на 31-й день – в 9 раз.

Выводы: Физическая нагрузка, независимо от рациона питания, оказывает благоприятное влияние на выносливость животного. Максимальная время плавания отмечалось при использовании стандартного рациона и рациона с высоким содержанием углеводов. Рацион с высоким содержанием белка приводит к увеличению содержания АЛТ и АСТ в сыворотке крови, а рацион с высоким содержанием углеводов – к увеличению содержания АСТ, ЩФ и альбумина, что свидетельствует о нарушении биохимических процессах в печени, и в меньшей степени в почках, скелетных мышцах а также в других жизненно важных органах крыс.

Литература

1. Jensen T., Richter E. Regulation of glucose and glycogen metabolism during and after exercise. In: J. Physiol., 2012, vol. 590 (5), p. 1069–1076.
2. Ortenblad N. et al. Muscle glycogen stores and fatigue. In: J. Physiol., 2013, vol. 591 (18), p. 4405–4413.
3. Poleacova L. Impactul excesului și insuficienței componentelor principale ale rației alimentare asupra stării organismului prin prisma sanocreatologiei (reviul literaturii). În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științele vieții, 2017, nr. 1 (331), p. 24–32.
4. Suckow A. et al. The Laboratory Rat. Burlington: Elsevier Academic Press, 2006, 912 p.
5. Фурдуй Ф.И. и др. Трактат о научных и практических основах санокреатологии. Том 1. Проблема здоровья. Санокреатология. Потребность общества в ее развитии. Кишинэу: АȘМ, 2016. 228 с.

А.Н. Орган, В.В. Федаш, М.С. Чокинэ, Л.Д. Полякова,
С.Г. Сандуца, Т.А. Греку¹

КОМБИНИРОВАННОЕ ВЛИЯНИЕ АКУПУНКТУРЫ С ТОЧКИ E₃₆ (ЦЗУ-САНЬ-ЛИ) И АУРИКУЛЯРНЫХ ТОЧЕК (51, 55, 87) НА СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ТЕЛА И АНТРУМА ЖЕЛУДКА

Институт физиологии и санокреатологии,
¹Детская клиническая больница им. «В. Игнатенко»
г. Кишинев, Молдова

The combined influence of auricular and corporal acupuncture significantly reduces the acidity of the stomach.

Проблема кислотозависимых заболеваний органов пищеварения остается на сегодняшний день одной из серьезных проблем не только в гастроэнтерологии, но и для клинической медицины в целом. Несмотря на широкое применение фармакологических средств в лечении гиперацидных состояний желудка, воздействие немедикаментозных средств на кислотообразующую функцию желудка изучено недостаточно.

Цель – исследование влияния корпоральной и аурикулярной акупунктуры на секреторную функцию желудка.

Материал и методы исследования. Изучено сочетанное влияние корпоральной акупунктуры с точек E₃₆, Цзу-Сань-Ли и аурикулярной акупунктуры (51, 55, 87) на кислотообразующую функцию желудка у 8 пациентов с гиперсекрецией в исходном состоянии [1]. У правой использовали акупунктуру в правую ушную раковину, а у левой – левую ушную раковину, рН-метрию желудка проводили с помощью ацидогастрометра АГМ – 10 – 01 и двухоливных зондов (таб. 1).

Таблица 1

Аурикулярная рефлексотерапия (точки 51, 55, 87)
в сочетании с корпоральной акупунктурой точек E₃₆ (билатерально)

рН-метрия	рН базальное	Через 10 мин.	Через 20 мин.	Через 30 мин.	Через 10 мин после снятия игл	Через 20 мин после снятия игл
Тело желудка	1,24±0,13	1,36±0,12 p>0,05	1,40±0,14 p>0,05	1,42±0,13 p>0,05	1,64±0,14 p>0,05	1,68±0,20 p<0,01
Антрум желудка	5,21±0,33	5,24±0,35 p>0,05	5,40±0,29 p>0,05	5,45±0,42 p>0,05	5,54±0,20 p>0,05	5,58±0,29 p>0,05

Результаты и их обсуждение. При сочетанном воздействии аурикулярной и корпоральной рефлексотерапии с течением времени отмечается тенденция к повышению рН в теле желудка, а на 20 минуте после снятия игл отмечалось достоверное повышение рН (с 1,24±0,13 до 1,68 ± 0,20, p<0,01) (таб. 1). В антруме отмечалась тенденция к повышению рН (с 5,21±0,33 до 5,58±0,29, p>0,05). Следовательно, реакция кислотообразующей функции желудка при воздействии корпоральной и ау-

рикулярной рефлексотерапии однонаправленна в сторону снижения кислотности. [3, 4, 5]

Одновременное воздействие корпоральной и аурикулярной рефлексотерапии приводило к более интенсивному блокированию процесса кислотообразования в теле желудка, чем в антруме ($p < 0,01$ и $p > 0,05$). На протяжении исследования отмечается тенденция к повышению рН в антруме, что свидетельствует об улучшении его ощелачивающей функции. [2]

Выводы:

1. Комбинированное влияние аурикулярной и корпоральной акупунктуры достоверно снижает интенсивность процесса кислотообразования желудка.

2. Достоверное повышение рН наступает как в теле, так и в антруме желудка в периоде последствие (на 20 мин. после снятия игл).

Литература

1. Лея Ю.Я. Исследование кислотообразования в желудке. М., Медицина, 1976, 123 с.
2. Мельникова М.Н. Дифференцированная рефлексотерапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1985, 18 с.
3. Орган А.Н. Влияние акупунктуры на кислотообразующую функцию желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от аналгетического эффекта. В: Buletinul Asociației de Medicină Tradițională din Republica Moldova. 2001, № 5, с. 54–57.
4. Орган А.Н. Роль акупунктуры в коррекции и стабилизации рефлекторных и гуморальных звеньев регуляции процесса кислотообразования. В: Buletinul Asociației de Medicină Tradițională din Republica Moldova, 2005, nr. 10, с. 25–28.
5. Орган А.Н., Федаш В.В., Пасанюк Д.С., Кимпицкая Р.С., Сандуца С.Г., Цымпеу И.И., Хатману Ж.Л., Пынтя Е.И., Полякова Л.Д. Сравнительная оценка влияния КВЧ-терапии, корпоральной и аурикулярной акупунктуры на кислотообразующую функцию желудка. Материалы XIX Международного симпозиума «Нетрадиционное растениеводство. Селекция и генетика. Эниология. Экология и здоровье». 12–19 сентября 2010, г. Алушта, с. 853–855.

В.М. Паламарчук, Л.Н. Азбукина

ВОЗМОЖНОСТИ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ НЕСОВМЕСТИМОСТИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ

*ГУ Республиканский центр матери и ребенка, отделение реанимации новорожденных
Кафедра «Хирургические болезни с циклом акушерства и гинекологии» ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Несмотря на большие достижения в изучении резус-конфликтной беременности, особое место в данной проблеме занимает лечение и профилактика отдельных форм гемолитической болезни новорожденных (ГБН). По данным литературы и собственным наблюдениям, наиболее тяжелой формой ГБН является отечная форма, которая нередко заканчивается летальным исходом.

Цель нашей работы – демонстрация двух случаев сложной патологии тяжелой ГБН, отечная форма с эффективной неонатальной помощью.

Материалы и методы исследования.

1. Беременная Г., 26 лет, поступила 04.05. 18 г.: беременность III, доношенная, в анамнезе одни роды (2012 г.) и один медицинский аборт. Имеет резус-отрицательную кровь АВ (IV), анемию легкой степени с амбулаторным лечением. Титр антител во время беременности не выявлен, а в день операции кесарева сечения (показание – рубец на матке) 10.05.18 г. он составлял 1:4. Новорожденный массой 3420 гр., с оценкой по шкале Апгар 7/7 балла стонет, живот вздут, напряжен, кожа бледно-желтого цвета. Переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных с диагнозом: гемолитическая болезнь новорожденного, отечная форма, тяжелое течение. В отделении проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная, обще-укрепляющая, десенсибилизирующая, гормональная терапия, (включающая глюкокортикоиды), витаминотерапия, протеолиз клеточного метаболизма, адаптированное кормление (нестожен). И самое главное звено лечения – заменное переливание эритроцитарной массы Rh (-) 6-кратно. Отмечена положительная динамика, значительно уменьшились отеки. Однако интенсивная терапия продолжалась (картан, европенем, мерказил, дицинон микроэлементы). 16.05.18 достигнута относительная стабильность всех показателей и на 9 сутки ребенок переведен в педиатрическое отделение интенсивной терапии с последующей выпиской под наблюдение специалистов.

2. Беременная С., 33 лет, поступила 11.05. 18 г.: беременность IV, в анамнезе одни нормальные роды и три медицинских аборта. Имеет резус-отрицательную кровь В (III). Титр антител определен только при поступлении на роды 1:4. Роды осложнились ранним отхождением околоплодных вод ярко-желтой окраски. Новорожденный массой 3675 гр., с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. 11.05 в 10 час 20 мин отмечено резкое ухудшение состояния ребенка: бледность, нарушение дыхания, общая отечность. Переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных с диагнозом: гемолитическая болезнь новорожденного, отечная форма, анемический синдром, дыхательная недостаточность. Срочно подключена комплексная интенсивная терапия и заменное переливание крови 8-кратно однокрупной Rh (-) кровью в соотношении 2:1 с динамическим контролем лабораторных показателей и продолжением комплексной терапии. Состояние новорожденного постепенно стабилизировалось и на 9 сутки с положительной динамикой ребенок переведен в педиатрическое отделение интенсивной терапии, а далее выписан под наблюдение специалистов.

Выводы:

1. Приведенные примеры, а также данные литературы позволяют рекомендовать подобную тактику при выраженной гемолитической болезни новорожденных.
2. Условием благополучных исходов является высокая врачебная квалификация, наличие современной аппаратуры, сбалансированная терапия и кормления.
3. Рекомендуются женским консультациям постоянный контроль за титром антител при Rh-конфликтной беременности в динамике.

Г.И. Подолинный, А.В. Фус, Я.И. Ковбасюк
**МНОЖЕСТВЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ
КАК ВЫЗОВ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ**
Кафедра терапии №1 ПГУ им. Т.Г. Шевченко
Амбулаторно-поликлиническое учреждение №1
г. Тirasполь, Приднестровье

Polypathias form new problems of medicine and stimulate inevitability of polipragmasias. Risk factors require implementing active preventive measures.

Актуальность проблемы. В 2010 году создано международное научное общество мультиморбидности. Выделяют некоторые фундаментальные и практические аспекты проблемы полипатий:

- недостаточное изучение факторов риска, причин, механизмов развития мультиморбидности, особенностей патоморфоза;
- клинико-патогенетическую разнородность полипатий;
- трудности классификации из-за отсутствия фундаментальных исследований;
- неизбежность полипрагмазий при мультиморбидности и их последствий.

В настоящее время в разных публикациях используется несколько понятий, обозначающих множественную патологию у конкретного больного: полиморбидность, коморбидность, мультиморбидность, сопутствующая патология, полипатия, синтропия, мультифакториальные заболевания и др.

Цель исследования. Совершенствование методик и определения управляемых и неуправляемых факторов риска, влияющих на развитие сочетанной патологии.

Для получения информации разработана карта индивидуального обследования пациента с учетом ретроспективного анализа истории заболеваний, определены контингенты сельских и городских терапевтических участков.

Под наблюдением находилось 88 пациентов, из которых 2/3 составляют женщины. Из всех наблюдаемых 65 % составляют лица старше 50 лет, 55 % продолжают трудовую деятельность, 24,0 % – пенсионеры по возрасту, 10,0 % имеют разную группу инвалидности, 11,0 % – неработающие.

При взятии под наблюдение у 14,5 % пациентов документировано три диагноза, у 19,0 % – четыре, пять диагнозов и более у 66,5 % больных. Следует отметить, что так называемые факторы риска в медицинской документации отмечены в единичных случаях. Известно, что курение, злоупотребление алкоголем, ожирение (избыточная масса тела), фигурируют как факторы риска, а не как заболевания. В то же время никаких профилактических или лечебных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, не проводится. Следовательно, зная о факторах риска, которые способствуют развитию полиорганных поражений, никто активно не занимается снижением влияния перечисленных факторов на хронизацию многочисленных заболеваний.

Наиболее часто диагностируется патология следующих систем: пищеварительной – у 76,6 %, кровообращения – у 64,2 %, эндокринной – у 51,6 %, мочевыделительной – у 44,2 %, костно-мышечной – у 43,2 % от общего числа выставленных диагнозов.

Столь многочисленные патологические состояния требуют назначения большого количества лекарств (полипрагмазий).

Предварительные данные проводимого исследования показывают, что управляемые и неуправляемые факторы риска, способствующие развитию полипатий, требуют более пристального внимания, с целью профилактики развития полиорганной патологии. Почти у двух третей наблюдаемых пациентов выявляется пять и более диагнозов хронических заболеваний различных органов и систем. Назначаемая терапия приводит к появлению наведенных патологических состояний, т. е. патоморфозу, коррекция которого представляет значительные трудности.

В.Н. Муколина, Л.В. Пащенко

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Кафедра терапии № 2 ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

In the framework of our study we studied the frequency and characteristics of CHF with left ventricular systolic dysfunction in patients with hypertension. 305 patients who are on treatment in cardiology Department of GU RKB were examined. Chronic heart failure with systolic heart dysfunction was detected in 21.23 % of patients with hypertension. Eccentric hypertrophy of the left ventricle was observed in 30.71 %. In patients with hypertension, left ventricular systolic dysfunction develops in the presence of coronary artery disease with PEAK, atrial fibrillation and concomitant diabetes.

Артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) в настоящее время являются самыми частыми причинами развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) в большинстве стран мира. По данным литературных источников АГ и ИБС предшествуют развитию ХСН с частотой 13 % у возрастающих до 46,3 % в старших возрастных группах. ГЛЖ (гипертрофия левого желудочка) у больных артериальной гипертензией составляют в среднем 46,5 %. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является актуальной проблемой современной медицины в связи с широкой распространенностью, прогрессирующим течением и неблагоприятным исходом. Вопросам эпидемиологии ХСН посвящены многочисленные исследования как в нашей стране, так и за рубежом, однако по сравнению с другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы полученные данные значительно отличаются. В Европейской популяции и США распространенность ХСН варьирует от 0,4 % до 2,5 %, в нашей стране, по данным последних лет, достигает 5,5 %. ЭХО КГ имеет высокую диагностическую значимость и позволяет дифференцировать систолический и диастолический патофизиологические варианты. В европейских странах процент больных ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ колеблется от 13 % до 74 %, в России – от 56,8 % до 89,7 % среди амбулаторных и стационарных больных.

Цель: изучить частоту и особенности ХСН с систолической дисфункцией левого желудочка у больных АГ.

Материалы и методы исследования: обследованы 305 больных, находившиеся на лечении в отделении кардиологии ГУ РКБ. Структурно-функциональное состояние сердца исследовано методом ЭХО КГ.

Результаты и их обсуждение: ХСН с систолической дисфункцией левого желудочка выявлена у 65 больных (21,3 %). Фракция выброса в среднем составила 44,6 %, что соответствует легкой степени дисфункции левого желудочка.

В исследуемой группе преобладали женщины (70,67 %) среднего и пожилого возраста (средний возраст 64,15 лет). Давность АГ в среднем составила 12,5 лет. Примерно у половины пациентов отмечен ПИК, мерцательная аритмия на фоне ИБС, у каждого четвертого больного – сахарный диабет.

При ЭХО КГ исследовании гипертрофия левого желудочка выявлена у 34 больных с систолической дисфункцией левого желудочка (50,23 %). Толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка составила в среднем 13,2 мм.

Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (увеличение размеров сердца без утолщения стенки желудочков) отмечена у 20 больных (30,71 %). У больных АГ систолическая дисфункция левого желудочка развивается при наличии ИБС с ПИК, мерцательной аритмии и сопутствующего сахарного диабета.

Выводы:

1. Хроническая сердечная недостаточность с систолической дисфункцией сердца выявлена у 21,23 % больных с гипертонической болезнью.

2. Факторами риска ХСН с систолической дисфункцией левого желудочка являются ИБС с ПИК, мерцательная аритмия, сахарный диабет.

3. Частота выявления гипертрофии левого желудочка у больных АГ составила 50,23 %, толщина стенки левого желудочка в среднем 13,2 мм.

4. Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка отмечена у 30,71 % пациентов.

Литература

1. Беленков Ю.Н. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2006.

2. Мареев В.Ю. Сердечная недостаточность. Т.3, 1 (11). 2002.

3. Агеев Ф.Т., Беленков Ю.Н. Фомин И.В. и др. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации данные ЭПОХА-ХСН. Сердечная недостаточность. 2006; 7 (3).

4. Агеев Ф.Т., Беленков Ю.Н. и др. Хроническая сердечная недостаточность. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. 336 с.

С.В. Окушко

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

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

г. Тирасполь, Приднестровье

В настоящее время наиболее часто из всех краниальных невротий встречается периферический парез лицевого нерва. При этом выделяют симптомы внутричерепного поражения периферического отдела лицевого нерва и поражения лицевого нерва в костном канале височной кости.

Лица обоих полов заболевают практически одинаково и, как правило, в период среднего возраста. Иногда могут иметь место семейные случаи.

Среди различных локализаций поражения периферического отдела лицевого нерва наиболее часто встречается паралич Белла в результате отека и компрессии нерва в костном канале. Частая ранимость лицевого нерва в фаллопиевом канале обусловлена тем, что он занимает от 40 % до 70 % площади его поперечного сечения (при этом толщина нервного ствола не изменяется, несмотря на сужение канала в отдельных местах). Вследствие этого паралич Белла рассматривается как туннельный синдром.

В большинстве случаев паралич Белла вызван вирусом простого герпеса I типа. Обнаружена ДНК вируса простого герпеса в эндоневральной жидкости у пациентов с параличом Белла в 79 % случаев. Остальные случаи развиваются на фоне ишемии, чаще при сахарном диабете, при артериальных гипертензиях различного генеза.

В патогенезе невротии лицевого нерва занимают дезинтеграция метаболизма, активация перекисного окисления липидов, повышение калиевой проницаемости мембраны, угнетение антиоксидантных систем, развитие миелино- и аксонопатии лицевого нерва и нарушение нервно-мышечной передачи вследствие блокады высвобождения ацетилхолина из окончаний двигательных аксонов и нарушения взаимодействия ацетилхолина с его рецепторами на постсинаптической мембране.

Максимальная степень снижения или утраты функции лицевого нерва достигается в течение первых 48 часов. Для оценки степени тяжести поражения лицевого нерва используется шкала Хауса-Браакмана. Обычно не все ветви лицевого нерва поражаются равномерно, чаще всего вовлекаются нижние ветви (восстановление которых идет медленнее).

Многие факторы свидетельствуют о том, что паралич Белла лишь одно из проявлений краниальной невротии, которая поражает лицевой нерв в большей степени, чем другие нервы, но не ограничивается только лицевым нервом.

Прогноз в отношении восстановления функции лицевого нерва: выздоровление при использовании традиционных методов лечения наступает в половине случаев; в одной трети случаев через 4–6 недель может развиваться контрактура мимических мышц (сведение мышц пораженной половины лица, создающее впечатление, что парализована не больная, а здоровая сторона). Неблагоприятными прогностическими признаками являются: полный мимический паралич, прокси-

мальный уровень поражения (гиперакузия, сухость глаза), заушная боль, наличие сопутствующего сахарного диабета, отсутствие выздоровления через 3 недели, возраст старше 60 лет, выраженная дегенерация лицевого нерва по результатам электрофизиологических исследований.

W. Erb предложил определять тяжесть поражения лицевого нерва по результатам электрофизиологического исследования. Так, различают легкое поражение без изменений электровозбудимости лицевых мышц (не превышает 2–3 недели), среднее – с частичной реакцией перерождения (через 4–7 недель) и тяжелое – с полной реакцией перерождения (выздоровление (неполное) наступает через много месяцев).

Первое ЭМГ-исследование проводят в первые 4 дня после парализации. Исследование состоит из двух частей: ЭМГ лицевого нерва и исследования мигательного рефлекса с двух сторон. Второе ЭМГ-исследование проводят через 10–15 дней от парализации. Третье исследование проводят через 1,5–2 месяца от начала парализации.

Непроизвольное синхронное сокращение всех мышц на одной стороне лица (лицевой гемиспазм), длится несколько секунд и может повторяться через неравномерные промежутки времени, иногда до нескольких раз в минуту. Провоцируется спазм произвольными движениями, но чаще это происходит спонтанно. Дебют после 40 лет, и не имеет тенденции к самостоятельному регрессу и может сохраняться в неизменном виде на протяжении многих лет. Как правило, в анамнезе была перенесена невралгия лицевого нерва, возможно выявление аномалия кранио-вертебрального перехода или объемное внутричерепное образование, сдавливающее ствол лицевого нерва. Также имеет место выявленная аномалия сосудов – сосудистая петля, сдавливающая лицевой нерв на уровне мостомозжечкового угла. Это петля часто представляет собой сегмент верхней или нижней передней мозжечковой артерии. Стойкий лицевой гемиспазм бывает признаком глиомы ствола. Из редких форм – лицевая миокимия чаще при рассеянном склерозе, опухолях ствола мозга, лицевой тик, прогрессирующая гемиатрофия лица.

В основе разнообразия форм асимметрии лица лежит большое количество причин возникновения данного расстройства. Своевременное и правильное распознавание и дифференциальный подход приведет к грамотному и полноценному лечению невралгии лицевого нерва на различных уровнях его поражения.

**В.А. Соколов, Г.И. Подолинный, Д.И. Язаджи, П.В. Чебан ,
А.Л. Габабян, Т.О. Солтык, Ф.В. Федьева**

КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ БОЛИ

*Кафедра терапии №1 ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

In 2018z. were study 100 inhabitants of Tiraspol at the age from 18 till 90 years. Every fourth respondent of 25 foreheads (25 %) showed complaints to pains in the bottom part of a back -low back pain (LBP) , every fifth 21,0 %) to th pain vor tumorue in joint articulate syndrome(AS), and every

sixth 15,0 %) – marked hypermobility of joints. At all patients with syndrome low back pain(LBP) and AS accompanying diseases have been revealed, and at third from them 33,4 % were defined signs abnormal a connecting fabric (ACF) and thus fixed accompanying ACF – accompanying diseases. It has been revealed that accompanying diseases at LBP and AS, were accompanying with signs ACF and made original POLI- accompanying diseases group.

Второе место по частоте обращений за медицинской помощью, после жалоб на повышение АД, занимает хронический болевой синдромом (ХБС), который встречается при заболеваниях костно-мышечной системы (КМС) и ревматических заболеваниях (РЗ) (травмы, переломы, синдром боли в спине или в нижней части спины (синдром БНС), суставной синдром (СС) и др. [1, 2, 3] и при синдромах дисплазии соединительной ткани (синдромы ДСТ). При этом коморбидность, как группа сопутствующих болезней, состоящих из потогенитически связанных заболеваний, выявляется примерно у трети пациентов с ХБС. **Целью исследования** явилось изучение частоты хронического болевого синдрома при синдроме БНС, СС, синдромах ДСТ и ассоциированных с ними сопутствующих коморбидных и мультиморбидных заболеваний среди выборки жителей г. Тирасполя.

Материалы и методы

Работа является частью целевой программы НИЛ «ИНТЕРН» ПГУ им.Т.Г. Шевченко по изучению частоты полипатий, мультиморбидных, коморбидных заболеваний и полипрагмазий среди больных с хроническими соматическими заболеваниями и синдромами ДСТ. В 2018г во время поквартирных обходов жителей г. Тирасполь. было проанкетировано 100 человек в возрасте 20 – 70 лет (средний возраст 59,0 лет), из них женщин – 60 человек, мужчин – 40 человек. Для анкетирования использовалась анкеты разработанные на кафедре терапии №1с признаками синдромов ДСТ, полипатий и полипрагмазий. Для скрининга также использовалась анкета на наличие синдрома БНС и СС [3]. Также был проведен анализ заболеваемости синдромом БНС и сопутствующих заболеваний среди умерших больных по данным архива РКБ и поликлиники №1 г. Тирасполя. Обработку данных проводили по схеме анализа программ «Статистика».

Результаты исследований

Из 100 проанкетированных 26 человек(26 %) когда-либо предъявляли жалобы на боли в спине (синдром БНС), 21 чел. (21,0 %) жаловался на суставной синдром (СС) (боли и/или припухание суставов), а 15 пациентов (15,0 %) – отмечали когда либо гиперподвижность суставов (синдром ДСТ). Почти у половины больных (49,4 %) ХБС, синдромом БНС и СС определялись признаки сопутствующих соматических заболеваний (ССЗ), причем у трети больных(33,4 %) (с ХБС, синдромом БНС, СС и ССЗ) были выявлены признаки синдромов ДСТ, включая т. н. «клинический метеопатический диспластический синдром» (КМД-синдром), который был представлен КМД-суставным синдромом (жалобы на боли в суставах, в спине или позвоночнике), и/или – КМД висцеральным синдромом (жалобы общего характера, астенический синдром, перебои в области сердца, синдром боли в области сердца или в других внутренних органах и системах, включая головные боли, головокружение, и/или вегето-сосудистые (гипертонические) кризы. При этом все симптомы КМД-синдромов, как правило, усиливались на перемену погоды, магнитные

бури и/или в полнолуние. У пациентов с ХБС группа сопутствующих соматических заболеваний внутренних органов и систем, которые ассоциировались с синдромами ДСТ, была представлена заболеваниями ССС, ЖКТ, легких, почек, остеохондрозом позвоночника, хроническим тонзиллитом и др., которые, как правило, сочетались с воспалительным анамнезом в детстве (частые простуды, ОРВИ, хронический тонзиллит, аденоиды, энурез, ревматическая лихорадка и др.).

Выводы

Таким образом, в результате исследования была изучена частота ХБС, синдрома БНС, СС и ДСТ среди 100 жителей г.Тирасполя. Жалобы на боли в спине предъявляли каждый четвертый пациент, каждый пятый жаловался на суставной синдром, а примерно каждый шестой реципиент отмечал когда-либо гиперподвижность суставов (синдром ДСТ). У половины данных больных определялись признаки сопутствующих соматических заболеваний, а у трети - были выявлены признаки синдромов и фенотипов ДСТ, включая т.н. «клинический метеопатический диспластический синдром». В процессе исследования была выделена т.н.группа «диспластикозависимых» сопутствующих соматических коморбидных заболеваний внутренних органов и систем, которые, как правило, ассоциировались с синдромами ДСТ и сочетались с воспалительным анамнезом в детстве.

Литература

1. Верткин А.Л. и соав. Коморбидный больной-герой нашего времени// Доктор.Ру. Спецвыпуск: Амбулаторный прием. 2014. № 5 (9). С. 31–36 .
2. Сычева Д.А. Отделенов. В.А. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения.\\ СПб.: Профессия, 2016. 224 с.
3. Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Галушко Е.А. Частота и характер боли в нижней части спины среди амбулаторных больных в г. Москве.\\ Научно–прак. ревматол., 2007, 2, С. 47–49.

Е.С. Сидченко

СОЧЕТАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Кафедра терапии № 2 ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Optimization of treatment of patients with hypertension and bronchial obstruction. Patients suffering from BA and AG, it is recommended the predominant administration of sodium chromoglycate, ipratropium bromide and inhaled glucocorticoids. Safe treatment with angiotensin II receptor blockers and long-acting calcium antagonists.

В данной статье обсуждаются методы лечения больных артериальной гипертензии (АГ) в сочетании с бронхообструктивной патологией.

Цель: оптимизировать терапию пациентов с артериальной гипертензией и бронхообструктивной патологией.

Материалы и методы исследования: медицинские карты больных, измерение артериального давления и аускультация легких.

Результаты и их обсуждение: Сочетание повышенного артериального давления (АД) и хронической бронхиальной обструкции встречается в 17 – 20 % случаев АГ, что связано с высокой распространенностью астмы и ХОБЛ. У пациентов с ХОБЛ в 28 % случаев выявляют АГ. Нередко усиление бронхиальной обструкции приводит к повышению АД, вплоть до развития гипертонических кризов.

Сочетание артериальной гипертензии (АГ) с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и/или бронхиальной астмой (БА) обуславливает особенности проведения терапии.

Пациентам с БА и ХОБЛ назначение петлевых и тиазидных диуретиков требует осторожности, в связи с высокой вероятностью развития гипокалиемии при их совместном применении с β_2 -агонистами и системными глюкокортикоидами, снижением секреции в бронхах.

β -блокаторы могут стать причиной развития бронхоспазма, поэтому, не должны назначаться пациентам с ХОБЛ и БА.

Назначение ингибиторов АПФ у этих пациентов ограничено возможностью развития бронхоспазма из-за накопления брадикинина и возникновения кашля (в 10–20 % случаев). У пациентов с аллергическими заболеваниями повышен риск ангионевротического отека, вызванного ингибиторами АПФ.

Блокаторы рецепторов АТ II (БРА), в отличие от ингибиторов АПФ, значительно реже вызывают кашель (в 0,6–0,8 % случаев), поэтому являются препаратами первого выбора у пациентов с АГ и бронхообструктивной патологией. БРА (лозартан) могут снизить гиперреактивность бронхов.

Применение антагонистов кальция (АК) у пациентов с ХОБЛ и БА безопасно. Антагонисты кальция обладают слабым бронходилатирующим действием, немного снижают гиперчувствительность и гиперреактивность бронхов, уменьшают давление в легочной артерии. Отмечают эффект этих препаратов при астме физического усилия. Нифедипин снижает бронхоконстрикторный эффект гистамина и холодного воздуха.

Агонисты центральных альфа₂-рецепторов относительно увеличивают парасимпатический тонус, также способны потенцировать гистамин – индуцированный бронхоспазм. Метилдофа может вызвать заложенность носа, неприятную при сопутствующем рините.

БРА и АК являются предпочтительным вариантом АГТ у пациентов с АГ в сочетании с БА и ХОБЛ.

Больные АГ с бронхообструктивной патологией часто применяют бронхолитические и глюкокортикостероидные (ГКС) препараты. Применение системных ГКС способствует повышению АД. При применении ингаляционных ГКС подобные эффекты незначительны. Применение тиотропия бромида не вызывает кардиоваскулярных побочных эффектов и снижает смертность от сердечно-сосудистых осложнений, развивающихся в результате ХОБЛ и БА. При необходимости применения β_2 -агонистов, их целесообразно комбинировать с М – холинолитиками для уменьшения дозы и побочных эффектов каждого из них.

ВЫВОД: Больным, страдающим БА и АГ, рекомендуется преимущественное назначение кромогликата натрия, ипратропиума бромида и ингаляционных глюко-

кортикоидов. Безопасно лечение блокаторами рецепторов ангиотензина II и антагонистами кальция длительного действия.

Литература

1. Белялов Ф.И. «Лечение болезней сердца в условиях коморбидности», 2014.
2. Тарловская Е.И. «Актуальные вопросы диагностики и лечения артериальной гипертензии», 2002.
3. Клинические рекомендации МЗ РФ «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2013.

Е.Е. Пищенко, А.С. Кокул, О.Н. Кацавель, С.Н. Андрус, К.К. Вдовиченко, Л.И. Гарбуз

МЕЖТКАНЕВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТЫХ СТЕНОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭТАНОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

*Кафедра анатомии и общей патологии, кафедра терапии № 2, кафедра биологии и физиологии человека
ПГУ им. Т. Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Актуальность данной проблемы обусловлена увеличением роста этанольной интоксикации, в связи с повышением употребления не только алкогольных напитков и суррогатов алкоголя [1]. Морфологический метод изучения данного патологического процесса дает возможность изучить имеющиеся изменения нейроцитов и элементов глии с проведением клинико-анатомических параллелей при производстве судебно-медицинских экспертиз [2].

Цель работы:

Выявление межтканевых изменений в сосудистых стенках при хронической этанольной интоксикации с морфологической характеристикой при данном патологическом процессе.

Материалы и методы исследования:

При выполнении данной работы были изучены 9 случаев летального исхода, наступившего при явлениях прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся на фоне острого отека головного мозга, с дислокацией стволового отдела и последующим нарушением центральной регуляции функционирования дыхательной и сердечно-сосудистой систем. При секции, были изъяты участки мозговой ткани коры больших полушарий, из области лобной доли, для патоморфологического исследования.

Результаты и их обсуждение:

При морфологическом исследовании аутопсийного материала выявлена десквамация внутренней выстилки сосудов, преимущественно микроциркуляторного русла, резко выраженная плазморрагия, отечное разволокнение стенок сосудов, на фоне неравномерно выраженного /от слабо-умеренного до резкого и резко выраженного/ периваскулярного отека. В просвете капиллярной сети микроциркуляторного русла, на фоне десквамированной эндотелиальной выстилки, отмечается нарушение реологических свойств крови, в виде сепарации и агре-

гации эритроцитов, сладж-феномена, пристеночного стояния лейкоцитов. Данные изменения сопровождаются резким сужением просвета сосудов, с тенденцией к прекращению кровотока. При изучении материала, во всех полях зрения, определяется диффузный резко выраженный, деструктивный сетчатый отек, на фоне которого определяются мелкие скопления гематоксилиновых шаров и уменьшение пирамидных клеток. Преобладают резко выраженные дистрофические изменения нейроцитов, с явлениями кариолизиса, нейроцитолита и липофусциноза.

Таким образом, установлено, что при хронической этанольной интоксикации морфологически определяются выраженные дистрофические изменения нейроцитов и глиоцитов, лежащие в основе хронической гипоксии ткани мозга и энцефалопатии.

Литература

1. Актуальные и наиболее перспективные научные направления судебной медицины / В.А.Клевно и др. // Суд.-мед. экспертиза. – 2007. – Т. 50, №1. – С. 3–8.

2. Состояние глиоцитов и эритроцитов как показатель послеродового периода и этанольной интоксикации / А.К.Панченко, К.И.Панченко, В.В.Смирнов, Е.А.Бородина // Информатика и системы управления. – 2008. – №2(16). – С. 162–164.

С.В. Панкрушев, Н.Г. Лосева

ПАТОЛОГИЯ КОЛЛАГЕНОВ И ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

*Кафедра терапии с циклом фтизиатрии ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Соединительная ткань в организме человека составляет до от 50 до 80 % массы тела, выполняет в организме важнейшие функции, такие как биомеханическую, трофическую, барьерную, пластическую[1]. Структура соединительной ткани сложна и разнообразна, она состоит из клеточных элементов, а также из межклеточного вещества, в состав которого входят волокна коллагена, эластина, макромолекулы и тканевая жидкость. Основным структурным элементом межклеточного вещества является коллаген, составляющий более 30 % общей массы белков организма, точнее коллагены разных типов, которые обеспечивают сохранение структурной целостности органов, в состав которых входят, а также участвуют в онто- и органогенезе, агрегации тромбоцитов, хемотаксисе, репаративных процессах. В настоящее время известно более двух десятков различных типов коллагенов, соотношение между содержанием которых в организме в целом и в отдельных его органах меняется в течение жизни и характеризует физиологические процессы развития и старения организма. Снижение синтеза коллагенов будет приводить к ухудшению процесса заживления, а следствием избыточного синтеза коллагена может быть развитие фиброза в органах. Выявлена определенная закономерность расположения разных типов коллагенов в органах. Например, коллаген III типа находится в легких, артериях, печени, органах кроветворения, а коллаген VI типа в легких, сосудах, связках, почках, коже. Таким образом, нарушение структуры определенного типа коллагена может вызывать изменения в нескольких органах. Широко

исследуется группа заболеваний называемых “наследственными коллагенопатиями”, включающая в себя на сегодня уже около 70 болезней [2][3]. Так, например, мутации в гене вышеупомянутого коллагена III типа обнаружены у больных синдромом Элерса-Данло IV “артериального” типа, при котором наблюдается множество внешних и внутренних признаков соединительнотканной дисплазии [3]. Учитывая, что разделение соединительнотканной дисплазии на наследственную (дифференцированную) и недифференцированную (предположительно мультифакториальной природы) предполагает наличие между ними общности субстрата (основы) и механизмов патогенеза, поэтому можно предположить подобное полипатологическое влияние на организм при воздействии на коллагены, являющиеся частью соединительной ткани, под действием как внутренних, так и внешних факторов, формирующих изменения, относящиеся к группе недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Целью исследования явилось выявление у пациентов с туберкулезом дыхательной системы изменений в других органах, в состав которых входят коллагены, формирующие и легочную ткань, в частности, коллагены III и VI типов.

Материал и методы исследования: группа из 70 пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких была взята под наблюдение, обследована объективно и рентгенологически.

Результаты исследования: в группе, практически равномерно состоящей из мужчин и женщин (36 и 34 чел. соответственно), большинство составили лица молодого возраста от 20 до 40 лет – 42 человека (60%), от 41 до 50 лет – 15 чел. (21,4%), от 51 до 60 лет – 13 чел. (18,6%). Преобладающей клинической формой был инфильтративный туберкулез легких, что является типичным явлением, определенный у 48 больных (68,6%), очаговый туберкулез легких выявлен у 10 больных (14,3%), плеврит и диссеминированный туберкулез составили по 5 случаев (по 7,1%), фиброзно-кавернозный туберкулез определен у 2 больных (2,9%).

У этой группы пациентов было обнаружено множество признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани, в том числе в органах, в структуре которых присутствуют типы коллагена, формирующие и легочную ткань. Так, плоскостопие было определено у 37 больных (52,8%), множественность пигментных пятен у 27 пациентов (38,6%), легкость образования кровоподтеков у 26 (37,1%), варикозное расширение вен выявлено в 24 случаях (34,3%), ангиоэктазии у 22 человек (31,4%), гипермобильность отдельных суставов определена у 19 больных (27,1%), грыжи выявлены у 10 (14,3%), нефроптоз у 6 (8,6%).

Выводы: пациенты с туберкулезным поражением дыхательной системы имеют значительную частоту обнаружения признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани. В ходе исследования выявлены, наряду с туберкулезным поражением легких, частые (указанные выше) нарушения со стороны связочного аппарата, кожи, сосудов. Обнаруженная комбинация поражений возможно связана с патологией соответствующих типов коллагенов, одних из основных компонентов соединительной ткани, входящих в состав этих сочетано поражаемых органов вызывающих, как следствие, полипатологические изменения в организме.

Литература

1. Соединительная ткань и стромально-паренхиматозные взаимоотношения при патологии / В.П.Казначеев, Д.Н.Маянский // Патология, физиология и экспериментальная терапия. – 1988. – № 4. – С. 79–83.
2. Наследственные коллагенопатии / Т.И. Кадурина. – СПб., 2000. – 271 с.
3. Дисплазия соединительной ткани / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова // ЭЛБИ. – СПб., 2009. – 704 с.

О.О. Марц, И.М. Братух, Н.Г. Шишкина

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

*Кафедра хирургических болезней с циклом акушерства и гинекологии ПГУ им Т.Г. Шевченко
Республиканский Центр Матери и Ребенка
г. Тирасполь, Приднестровье*

Актуальность. Переношенную беременность относят к разряду проблем, традиционно определяющих большой научно-практический интерес, обусловленный, прежде всего, неблагоприятными перинатальными исходами при этой патологии. Поэтому превышение срока беременности 40 нед 3 дня при точно рассчитанной дате родов, наличии факторов риска перенашивания беременности, недостаточного готовности родовые пути являются показанием к госпитализации.

Цель работы. Изучение факторов риска, течения беременности, состояния внутриутробного плода, особенностей гемодинамики и течения периода новорожденности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 55 истории родов и истории развития новорожденных по данным архивного материала Республиканского Центра Матери и Ребенка за 2017 г. сроком гестации более 41 недели.

Результаты и обсуждения. По данным проведенного анализа возраст женщин колебался от 17 до 38 лет. Средний возраст женщин составил 27,3 лет. Первородящие составили – 45,5 %, первородящие старшего возраста – 5,5 %, повторнородящие – 49 %.

Анализ экстрагенитальной патологии выявил наличие хронических заболеваний у 72 % женщин. Наиболее часто встречается хроническая урогенитальная инфекция – 20 %, инфекции мочевыводящих путей – 12,8 %, хронические заболевания ЖКТ – 7,2 %.

Гинекологический анамнез отягощен у 27,2 % женщин, воспаление органов малого таза отмечается у 38 % женщин, нарушение овариального – менструального цикла – 1,8 %, миома матки – 1,8 % и др. Из акушерского анамнеза обращает внимание высокая частота аборт – 25,4 %, невынашивания – 14,5 %.

Течение беременности осложнилось у 69 % женщин: угрозой прерывания – 41,7 %, патологией околоплодных вод – 14,5 %, среди экстрагенитальных заболеваний во время беременности наиболее часто наблюдалась анемия легкой степени тяжести – 65,4 %, нарушение жирового обмена – 16,4 %. Хронический дистресс плода по данным КТГ выявили у 14,5 % беременных, по данным доплерометрического исследования плацентарную дисфункцию диагностировали в 16,3 %.

При сроке беременности более 41 недели проводилась подготовка шейки матки медикаментозными и механическими методами. Роды осложнились дородовым излитием околоплодных вод в 12,7 %, ранним излитием околоплодных вод в 38,1 %, слабостью родовой деятельности 12,7 %. Операцией кесарево сечение закончились 9 (16,3 %) родов. Наиболее частой причиной операций явилась слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции – 3 (5,5 %), отсутствие эффекта от родовозбуждения – 2 (3,6 %), клинически узкий таз – 2 (3,6 %), отсутствие эффекта от родоусиления и клинически узкий таз – 1 (1,8 %), отсутствие эффекта от преиндукционной подготовки – 1 (1,8 %). Течение периода новорожденности: крупный плод – 18,1 %, кефалогематома – 9,1 %, 1 ребенок родился с признаками биологической перезрелости (отсутствие сыровидной смазки, сухость и мацерация кожных покровов, длинные ногти, плотные кости черепа, узкие швы и уменьшенные размеры родничков).

Выводы:

1. Анализ соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения беременности позволяет выявить факторы риска, указывающие на возможность развития переносимой и пролонгированной беременности.
2. Диагностика состояния плода при сроке беременности более 41 недели имеет важное значение для выбора сроков и методов родоразрешения с целью улучшения перинатальных исходов.
3. Успешная подготовка к родам является одной из более важных предпосылок неосложненного их течения у женщин с высоким перинатальным риском.

О.О. Марц, И.М. Братух, Н.Г. Шишкина

МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

*Кафедра хирургических болезней с циклом акушерства и гинекологии ПГУ им Т.Г. Шевченко
Республиканский Центр Матери и Ребенка
г. Тирасполь, Приднестровье*

Актуальность. Переносимая беременность является проблемой, представляющей большой научный и практический интерес в акушерстве. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высокой перинатальной смертностью. Поэтому 42 полных недель гестации и более 41 полной недели гестации (40 недель + 7 дней) – является сроком, при котором необходимо коллегиально принять решение по поводу дальнейшего ведения беременности. Для оценки степени готовности шейки матки к родам следует дать ее клиническую характеристику в баллах по шкале Бишоп, провести измерение длины шейки матки, оценить состояние цервикального канала и внутреннего зева. Оценка по шкале Бишоп менее 6 баллов относится к незрелой шейке матки и требует предварительной подготовки – преиндукции. В современных условиях подготовку шейки матки проводят механическими и медикаментозными методами. Механические методы (отслоение нижнего полюса плодного пузыря, баллонная дилатация шейки матки, механические дилататоры природного происхождения) вызывают ответную реакцию синте-

за эндогенных простагландинов E₂. Медикаментозные методы: антигестаген – мифепристон, простагландины – динопростон (PGE 2) и мизопростол (PGE 1).

Цель работы. Проанализировать методы подготовки шейки матки при наличии факторов риска переносимости беременности, недостаточно готовых родовых путях.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование 55 истории родов Республиканского Центра Матери и Ребенка за 2017 г. со сроком более 41 недели гестации, из которых с целью преиндукционной подготовки 34 (61,8 %) получали антипрогестин (мифепристон), 19 (34,5 %) – PGE 1 (мизопростол), 10 (18 %) – комбинированную преиндукционную подготовку, двоим (3,6 %) производили баллонную дилатацию шейки матки катетером Фоллея. Был выполнен анализ времени развития родовой деятельности с момента введения препарата, характера сократительной активности матки, показаний к операции кесарево сечение, течения раннего неонатального периода у новорожденных.

Результаты и обсуждения. В течение 48 часов родовая деятельность развивалась у 88,7 % пациенток, в течение 72 часов у 14 %. Операцией кесарево сечение закончились 9 (16,3 %) родов, пятерым производили преиндукционную подготовку PGE 1, одной – антипрогестином, троим – комбинированный метод. Наиболее частой причиной операций явилась слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции – 3 (5,5 %), отсутствие эффекта от родовозбуждения – 2 (3,6 %), клинически узкий таз – 2 (3,6 %), отсутствие эффекта от родоусиления и клинически узкий таз – 1 (1,8 %), и только в одном случае отсутствие эффекта от преиндукционной подготовки. Большинство детей родилось в удовлетворительном состоянии с оценкой по Апгар 8/8 баллов. Нарушение физиологического течения раннего неонатального периода было отмечено у 9,1 % детей.

Выводы:

1. Методы подготовки шейки матки мифепристоном и мизопростолом одинаково эффективны.
2. Родовая деятельность развивается в течение 48 – 72 часов после начала подготовки шейки матки к родам.
3. Процент оперативного родоразрешения в случае использования мифепристона оказался значительно выше.
4. Метод механической подготовкой шейки матки определяется как предварительное сообщение, исследования будут продолжены.

А.И. Бачинская

ГАЛОТЕРАПИЯ, ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НА БАЗЕ МУ БЛДЦ

МУ БЛДЦ

г. Бендеры, Приднестровье

Abstract: *the article examines the main peculiarities of speleotherapy as one of the most advanced methods of drug-free treatment applied for the patients suffering from respiratory diseases, allergic disorders, dermatological conditions, as well as a good treatment mode with immunomodulatory effect.*

Аннотация: В статье рассматриваются особенности спелеотерапии как одного из актуальных методов немедикаментозного лечения пациентов с заболеваниями органов дыхания, аллергической патологией, кожными заболеваниями, а также метода обладающего иммуномодулирующим эффектом.

В настоящее время у 30–40 % населения выявляется одно или несколько аллергических заболеваний. Около 300 млн. человек в мире по статистике ВОЗ страдают БА, ХОБЛ, аллергическими ринитами, поллинозами, дерматитами и др. Распространенность аллергических заболеваний неуклонно растёт. Резкий всплеск аллергопатологии за последние два десятилетия связан в значительной мере с загрязнением окружающей среды (атмосферного воздуха, питьевой воды, продуктов питания и почвы химическими веществами), которые выступают в роли аллергена, а текущий век становится веком аллергии. В этих условиях актуальной проблемой является повышение эффективности лечения путём включения немедикаментозных методов воздействия, в частности использования микроклимата соляных шахт – спелеотерапии, которая способствует восстановлению функциональной активности дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем организма, позволяет уменьшить медикаментозную нагрузку, и способствует восстановлению защитных механизмов организма.

На основе спелеотерапии в МУ БЛДЦ работает кабинет галотерапии – это специально оборудованное помещение, в котором основным лечебным фактором является аэродисперсная среда, насыщенная сухим высокодисперсным аэрозолем хлорида натрия. Аэродисперсная среда создаётся галогенератором – АСА-01.3, который обеспечивает контролирование параметров микроклимата и поддержание их на требуемом уровне в зависимости от показаний. Кабинет галотерапии (спелеотерапии) находится в специально оборудованном помещении на 0 этаже здания БЛДЦ и функционирует с 1990 года с аппаратом УСА, а с 2018 года установлен аппарат АСА – 01.3, который позволяет создать управляемый лечебный микроклимат с заданными параметрами в зависимости от показаний, поддерживать стабильность этих параметров, поддерживать различные концентрации аэрозоля хлорида натрия, что позволяет предотвратить нежелательные бронхоспастические реакции, применить дифференцированный подход к лечению заболеваний органов дыхания, расширить показания для лечения заболеваний кожи неврогенной и аллергической природы, патологии лор-органов.

Галотерапия применяется для лечения, профилактики и реабилитации больных ХНЗЛ, с целью реабилитации больных острыми рецидивирующими и затяжными заболеваниями органов дыхания, заболеваниями лор-органов, с целью профилактики заболеваний органов дыхания у лиц с факторами риска. Галотерапия улучшает дренажную функцию бронхов, способствует уменьшению воспалительной реакции слизистой верхних и нижних дыхательных путей и элиминации патогенных микроорганизмов, улучшает реологические свойства мокроты, оказывает антибактериальное действие, повышает общую неспецифическую и иммунологическую реактивность организма. Прерывание контакта больного с патогенными аэрогенными факторами имеет дополнительное благоприятное воздействие на организм. Эффективность галотерапии обусловлена лечебным действием хлорида на-

трия в сочетании со способом его применения. Комфортность процедур позволяет проводить длительные курсы лечения с постепенно накапливающимся положительным действием.

Галогенатор подаёт в лечебное помещение поток осушенного очищенного воздуха, насыщенного высокодисперсными частицами солевого аэрозоля. Концентрация высокодисперсного аэрозоля хлорида натрия в лечебном помещении варьирует от 1 до 5 мкм, что является оптимальным для проникновения аэрозоля во все отделы дыхательных путей. Воздушная лечебная среда имеет стабильную влажность – 40–60 % и постоянную температуру – 18–24°C. Эти параметры создают комфортные условия для пациентов и способствуют поддержанию стабильной аэрозольной гипоаллергенной и гипобактериальной среды. Для дополнительного психосуггестивного эффекта процедура галотерапии сопровождается спокойной музыкой.

Отбор пациентов и контроль за их состоянием проводится физиотерапевтом, терапевтом, аллергологом, пульмонологом, оториноларингологом. При направлении больных на галотерапию (спелеотерапию) уточняется фаза заболевания, степень активности воспалительного процесса, степень нарушения бронхиальной проходимости, уточняется наличие очагов инфекции. Для этого проводится общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови на активность воспалительного процесса (сиаловые кислоты, фибриноген, серомукоид), спирография, флюорография или рентгенография органов грудной клетки, регистрируется ЭКГ, измеряется артериальное давление.

Средняя продолжительность курса галотерапии (спелеотерапии) 15–20 ежедневных сеансов. Продолжительность сеанса для взрослых – 60 минут, для детей – 30 минут. Процедура групповая; в группу входит от 10 до 18 человек. В течение дня проходят лечение в среднем 2–3 группы пациентов. Во время курса лечения для оценки происходящих сдвигов в течении заболевания пациенты осматриваются врачом 2 раза в неделю, в более легких случаях – 1 раз в неделю. Во время сеанса галотерапии рекомендуется спокойное, средней глубины дыхание через нос и рот. У больных с патологией лор-органов перед сеансом галотерапии необходимо применение местно сосудосуживающих средств, для улучшения вентиляции придаточных пазух носа и обеспечения проникновения аэрозоля.

Результаты лечения оцениваются на основании анамнеза динамики жалоб пациента, данных объективного осмотра, результатов спирографии. Критериями оценки эффективности являются: уменьшение частоты (или прекращение) приступов удушья, ослабление (прекращение) кашля, улучшение отхождения мокроты, уменьшение (исчезновение) одышки, улучшение показателей спирографии, изменения аускультативной картины в лёгких, повышение толерантности к физическим нагрузкам, изменение общего состояния, снижение лекарственной нагрузки на организм (уменьшение кратности применения ингаляторов β -агонистов, симпатомиметиков).

По данным опроса пациентов у больных ХНЗЛ к 5–7-му сеансам галотерапии улучшается самочувствие, нормализуется сон, уменьшается число приступов удушья, увеличивается количество выделяемой мокроты, дыхание становится везикулярным, уменьшается число сухих хрипов. У больных БА с тяжелым течением

после 5–7-го сеанса часто наблюдается кратковременное ухудшение (учащаются приступы удушья, затрудняется отделение мокроты, усиливается приступообразный кашель и одышка). Это состояние сохраняется от 3 до 5 дней и отмены галотерапии не требует. В эти дни хороший эффект даёт обильное питьё слабоминерализованной воды, массаж грудной клетки, дренажная дыхательная гимнастика, ИРТ. При отсутствии эффекта от применения немедикаментозных средств используется дополнительная медикаментозная терапия – отхаркивающие средства, бронхоспазмолитики, β -агонисты, которая назначается на 5–7 дней до стабилизации состояния. К концу курса галотерапии общее состояние пациентов улучшается, что позволяет отменить или снизить дозу ингаляционных симпатомиметиков, кортикостероидной терапии, когда она назначена в качестве противовоспалительного лечения. После повторных курсов спелеотерапии устанавливаются более длительные и устойчивые ремиссии. Так у пациентов с лёгким течением БА стойкая ремиссия длится в среднем до 2–3 лет, со средней степенью тяжести – до 1–1,5 лет.

У больных вазомоторным ринитом, риносинуситом галотерапия способствует восстановлению носового дыхания, уменьшению или исчезновению отёка придаточных пазух носа вплоть до полного отказа от сосудосуживающих препаратов, при различных формах хронического фарингита отмечается исчезновение дискомфорта, першения, чувства «комка» в глотке. При хроническом тонзиллите, если спайки не выражены, галотерапия может способствовать очищению миндалин от патологического содержимого. У пациентов с atopическими дерматозами и псориазом при галотерапии наблюдается разрешение кожных проявлений заболевания, прекращается зуд, уменьшается яркость высыпаний.

Галотерапия (спелеотерапия) может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с другими видами лечения. Она сочетается с медикаментозными средствами – симпатомиметиками, β -агонистами, холинолитиками, противовоспалительными, десенсибилизирующими, производными кромогликата натрия, глюкокортикостероидами; её эффективность увеличивается в комплексе с дренажной гимнастикой, массажем грудной клетки, лечебной физкультурой, физиопроцедурами – УВЧ терапия, ДДТ-терапия области надпочечников, ультразвуковая терапия области грудной клетки по методике Шеиной, йод-электрофорез на область грудной клетки, магнитотерапия грудной клетки, амплипульстерапия межлопаточной области, бром-электрофорез на воротниковую зону, электросонтерапия для нормализации сна, гальванический воротник с кальцием для гипосенсибилизации, парафино-озокеритовые аппликации на межлопаточную область, УФО общее по основной схеме и др.

За период с 2015 по 2017 года в кабинете галотерапии пролечены 1712 пациентов, из них 68,3 % составили женщины, 31,7 % – мужчины. Взрослых пролечено 1207 (70,5 %), детей до 14 лет – 505 (29,5 %). Количество пациентов, проходящих лечение методом спелеотерапии ежегодно увеличивается: в 2015 году – 465 человек (4511 посещений), в 2016 году – 544 человека (4811 посещений), в 2017 году – 703 человека (6055 посещений). Среднее количество спелеопроцедур на одного пациента составило – 8,98. Из статистики посещений спелеотерапии с 2015 по 2017 гг. наибольшее число посещений приходится на период июль-сентябрь – 727 человек

(6529 посещений), что составляет 42,46 % от количества пролеченных пациентов за 2015–2017 гг. Высокий терапевтический эффект подтверждает высокая доля повторно пролеченных пациентов. Так к концу лечения в среднем в 96,7 % случаев отмечается улучшение состояния, в 35 % случаев – значительное улучшение. Период ремиссии заболевания сохраняется от 3 до 12 месяцев, средняя продолжительность ремиссии – 7,6–9 месяцев (в зависимости от нозологической формы).

Выводы:

1. Ежегодное увеличение количества пациентов, получающих спелеотерапию, говорит о востребованности данного вида лечения;
2. Положительный эффект спелеотерапии (галотерапии) в лечении БА, ХОБЛ, аллергических заболеваний, кожных заболеваний обуславливает возможность её применения как альтернативного немедикаментозного метода лечения и реабилитации с целью профилактики прогрессирования данных заболеваний.

Литература

1. Клиническая физиотерапия. Справочное пособие для практического врача под ред. И.Н.Сосина. – Киев: Здоров'я, 1996.
2. Техника и методики физиотерапевтических процедур. Справочник под ред. В.М. Боголюбова – Тверь: Губернская медицина, 2003.
3. Физиотерапия и курортология. Под ред. В.М. Боголюбова. – Москва: Изд-во «БИ-НОМ», 2012.
4. Физиотерапия: национальное руководство под ред. Г.Н. Пономаренко. – Москва: изд. группа ГЭОТАР-Медиа, 2009.

А.И. Гарбуз

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ТРУДА
И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ
ГОРОДСКОГО АВТОБУСНОГО ПАРКА МУНИЦИПАЛИТЕТА КИШИНЕВА**

Кафедра Общей гигиены

Государственного Университета Медицины и Фармации им. Николае Тестемичану

г. Кишинев, Молдова

Одной из основных задач службы общественного здоровья является оценка состояния здоровья в соответственной взаимосвязи с факторами окружающей среды, включительно и факторы рабочей среды. На базе этих исследований разрабатываются нормативы и профилактические меры по улучшению рабочего места. В итоге именно состояние здоровья человека является интегрирующей частью главного концепта гармоничного развития и прогресса в общем. Состояния здоровья определённого контингента всегда взаимосвязано со многими общественными факторами, как например: доход, работа, жильё, коммунальные удобства, качество и доступность к медицинским услугам, воспитание и многое другое. Человечество достигло многих прогрессов в 20-ом веке в экономике, здравоохранении, организации труда, технологическом развитии и конечно же в отрасли общественного транспорта. Самое старое предприятие общественного транспорта или производящее

пассажирские перевозки из Республики Молдова основано в 1889 году и представляло из себя трамвайное депо с гужевой тягой с последующей эволюцией в 1913 году и переходом на трамвайный транспорт с электрическими двигателями. В наши дни это предприятие называется RTEC (управление электрического транспорта муниципия Кишинэу) где посредством постоянного прогресса и развития увеличивались объёмы работы и создавались рабочие места, что способствовало росту качества предоставляемых услуг.

Согласно анализу, проведенному отделом социо-гигиенического мониторинга, сфера общественного транспорта находится в состоянии постоянного развития, а значит, что все больше и больше людей вовлечены профессионально в деятельность этой сферы и по данным Национального Бюро Статистики на 2014 год насчитывалось около 39000 человек, которые являются официально профессионалами в перевозке пассажиров.

Обеспечение гигиенических условия труда, поддержание оптимальных параметров рабочей среды, особенно на предприятиях с общественным назначением, а именно таких как общественный транспорт и перевозка пассажиров, требует к себе особого внимания со стороны специалистов по гигиене и общественному здоровью.

Специализированная литература по гигиене и санитарии, общественного здоровья описывает некоторые проблемы из данной отрасли, но, к сожалению, далеко не в полном объёме. В 70-х годах, учеными СССР была немного описана заболеваемость по некоторым оценочным показателям, но отсутствия на тот момент современной аппаратуры и методов по исследованию физических и химических факторов, а также более скрупулезной диагностики и анализа состояния здоровья рабочих из сферы общественного транспорта не позволило углубить исследования.

Исходя из этих некоторых аспектов чувствуется острая необходимость произвести исследования всех видов известных факторов рабочей зоны водителей и кондукторов и всех других контингентов, привлечённых к работе в сфере общественного транспорта. А также необходимо досконально обследовать и определить реальное состояние здоровья сотрудников этих предприятия. Акцент главным образом будет расставлен на главнообразующие факторы рабочей среды, а именно на микроклимат, который обусловлен резкими и кардинальными изменениями, и уход за пределы нормы в соответствии с сезоном года. Другой фактор, но не менее важный с точки зрения гигиены труда и общественного здоровья, это производственный шум. К сожалению, шумность нашего города и придорожной местности превышает безопасный уровень и уже не соответствует уровням, описанным в санитарных нормах и специализированной литературе по гигиене. Чрезмерная шумность обусловлена множеством факторов, увеличения дорожно-транспортного потока, старые технические средства, отсутствия адекватных мер профилактики и технической борьбы с феноменом шумного засорения, в условиях которого вынуждены работать перевозчики общественного транспорта. Результаты современных исследования вырисовывают этот фактор на фоне других с особой важностью, так как он является стартером многих хронических заболеваний, среди которых и болезни сердечно-сосудистой системы, а это согласно ВОЗ одна из глобальных проблем.

Не маловажным фактором в данном контексте является режим работы и вынужденная позиция на рабочем месте, которая в совокупности с резкими изменениями в показателях микроклимата и постоянной вибрации создают всевозможные условия для специфических заболеваний опорно-двигательного аппарата и других сопутствующих проблем для здоровья рабочих из этой сферы.

Чувствуется необходимость исследовать общее пищевое состояние, так как в большинстве случаев организованным питанием сотрудников этих предприятий никто не занимается, что в свою очередь приводит к неправильному питанию, дисбалансу веществ и расстройству некоторых функций основного метаболизма с последующей декомпенсацией и установлению патологического состояния с частой их эволюцией в хронические.

Психологическое напряжения и внимания также остаётся не до конца исследовано, хотя представляет из себя очень важный фактор с отрасли общественного транспорта.

Оценка этих и многих других факторов детерминантов рабочей среды сотрудников предприятия общественного транспорта города Кишинева позволит разобраться во многих санитарных вопросах касающихся этой сферы с точки зрения гигиены и общественного здоровья. Результаты могли бы помочь разработать и внедрить меры профилактики, что в свою очередь снизило бы заболеваемость некоторых специфических заболеваний характерных данным контингентом, вовлеченным в работу на предприятиях общественного транспорта.

Литература

1. Poenaru Maria, „Sănătatea publică în strategiile de dezvoltare durabilă”, Management în sănătate, nr.3, 2007, p.21–25.
2. Doboş Cristina, “Serviciile publice de sănătate și dezvoltare socială” Calitatea vieții, nr. 3–4, 2005, pag. 373–385.
3. А.П. Мартынова, Гигиена труда в промышленности, Москва, 1988, 199с.
4. Афанфсьева Р. Ф., Бобров А. Ф., Лоскин Т. К., Интегральная оценка оптимального микроклимата и теплового состояния человека, Медицина труда и промышленная экология, nr. 5, 2003 стр 17–21.
5. Бузунов В. А., Производственные факторы и возрастная работоспособность, Киев, издание „Здоровье”, 1991, 161 с.
6. Вайсман А. С. 1989 Безопасность на транспорте.
7. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий среды. Р. 2.2. 2006–05 Бюллетень нормативных и методических документов Госсанэпиднадзора.- М., 2005, №3, С. -3–144.
8. Фридлянд И.Г. Гигиена женского труда, Л, изд. „Медцина”, 1975, 207с.
9. Barbarosie Catalina, Bucuresti Benhard, Goncearz Andre, Legislatia si politicile in domeniul Sanatatii si securitatii in munca, Chisinau, 2010, 187 p.
10. Мальцева О.М. Реакции организма человека на воздействие опасных и вредных производственных факторов (метрологические аспекты). Справочник. Том.1. М.
11. Friptuleac Gr., Mesina V., Morari Maria, Igiena Muncii Chisinau, 2009, 366 p.
12. Белов С.В. Безопасные производственные процессы „Машиностроение”, 1985, 448 с

13. Păuncu Elena-Ana, *Medicina muncii. Teorie și practică*. Editura “Orizonturi universitare”, Timișoara, 2008, 416 p.
14. Alexa Lucia, Gavăt Viorica, Melinte C., *Curs de igienă*, Iași, 1993, 384 p.
15. Vangheli V., Rusnac D., *Igiena muncii*. Centrul Editorial-Poligrafic Medicina USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, 2000.
16. Aristotel Cocârlă, *Medicina ocupațională*, Cluj-Napoca, 2009.
17. B. D. Karpov, V. E. Kovșilo, *Ghid informativ la Igiena Muncii*.
18. S. V. Alekseev, V. P. Ustenco – *Igiena Muncii*, Moskova, 1989.
19. Manu P., Niculescu T., *Practica medicinei muncii*. Editura medicală, București, 1978, 114 p. 117.
20. Directiva 91/322/CEE din 29.05.1991 privind stabilirea valorilor limită cu caracter orientativ prin aplicarea Directivei 80/1107/CEE a Consiliului privind protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunere la agenți chimici, fizici și biologici.
21. Directiva 2003/10/CE din 06.02.2003 a Parlamentului european și a Consiliului privind cerințele de securitate și sănătate referitoare la expunerea lucrărilor la riscuri generate de agenți fizici (zgomot).
22. Tefas L.G, Hota A., Ionuț R.I.et.al. *Hipertensiunea arterială în expunerea cronică, profesională la zgomot*. Conferința națională de medicină a muncii. Arad, 2003, p.9.
23. Morariu S., Morariu A., *Hipertensiunea arterială, boală legată de profesie*. Conferința națională de medicină a muncii. Arad, 2003, p.1–3.
24. <http://www.rtec.md/istorie.html>.
25. Ретнев В. М. *Профессиональные болезни и меры по их предупреждению: что необходимо знать всем работникам и работодателям*, 2007..
26. I. Bahnarel, Gh. Ostrofeț, *Igiena generală*, 2013.
27. Измеров Н.Ф., Кириллов В.Ф., Матюхин В.В. и др., *Гигиена труда*, Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010.
28. D. Tintiuc, Iu. Grossu, T. Grăjdeanu, *Sănătate publică și management*, USMF «Nicolae Testemițanu», Catedra Sănătate Publică și Management «Nicolae Testemițanu». – Chișinău, Medicina, 2007.

Т.Е. Панасюк

**ПОИСК ИНГИБИТОРОВ ТЕЛОМЕРАЗЫ
В БОРЬБЕ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Кафедра фармакологии и фармхимии ПГУ им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

В последнее время борьба с онкологическими заболеваниями постоянно неходит в фокусе внимания исследователей всего мира. Опухолевые клетки бессмертны. Клеточная линия HeLa, которые используется в онкологических исследованиях была получена в 1951 году от пациентки из Балтимора Генриетты Лакс (Henrietta Lacks), страдавшей раком шейки матки. Уже более шестидесяти лет потомки этих клеток живут и делятся в сотнях лабораторий разных стран.

Американский медик Л. Хайфлик заметил, что клетки человека умирают пройдя 40–50 циклов делений. Советский ученый М.А. Оловников выразил идею о том, что причина предела жизни соматических клеток заключена в особенностях

полимераз, участвующих в процессах удвоения молекул ДНК. Таким ферментом оказалась теломераза, открытая К. Грэйдор и Е. Блэкбёрн (3), которая способна катализировать тандемные повторы TTA GG на концах хромосом, количества их достигает сотен или даже тысячи.

В теломеразе видят ключ к механизмам старения и использования ее ингибиторов для блокирования размножения раковых клеток. Теломераза – сложный фермент, состоящий из белковой части и РНК, содержащей шаблон AAUCCC – комплементарный теломеру. В результате продвижения фермента вдоль материнской цепи достраивается 5' конец.

В 2007 году открыта трехмерная структура теломеразы, которая состоит из обратной транскриптазы (TERT), теломеразной РНК (hTR или TERC) и дискерина (по две молекулы каждого из этих веществ).

TERT – обратная транскриптаза, т. е. фермент, создающий одноцепочечную ДНК на основе шаблонной одноцепочечной РНК. Используя TERC, TERT добавляет повторяющуюся последовательность из 6-ти нуклеотидов 5' TTAGGG к 3' концу и работает как обратная транскриптаза после чего осуществляется дополнительная репарирующая репликация с застраиванием уже 5' конца.

Теломераза достраивает исчезающие теломеры в процессе деления клетки, за ее открытие и объяснение функционирования была присуждена Нобелевская премия в 2009 году Элизабет Блекберри, Кэрол Грейдер и Джеку Шостаку.

В настоящее время установлено, что теломераза активна в эмбриональных стволовых и половых клетках, в то время как в соматических она неактивна, поэтому они теряя теломеры могут делиться приблизительно 50 раз. Активность теломеразы наблюдается в 90 % случаев от общего числа онкологических заболеваний и при подавлении функции теломеразы замедляется развитие широкого спектра новообразований.

Регулирующая способность теломеразы при клеточном делении может быть использована в онкологии в виде применения ингибиторов для подавления теломеразной активности.

Действие ингибиторов теломеразы может быть разным. Одни вещества воздействуют на белковую часть, другие нарушают структуру РНК – компонента теломеразы.

Известны примеры использования координационных соединений Fe (III), Zn(II), Ni(II), Mn(III), Pt(II). В России по словам Вероники Скворцовой созданы точечные препараты для блокады развития опухолей. В 2016 году началась вторая фаза исследований первых отечественных препаратов, которые показали фантастический результат по устранению метастазирующих меланом. Одобрена заявка на патент Роспатента 2010113946 от МГУ и Сколковского института науки и технологии. Авторы патента Мажуга А.Г., Белоглазкина Е.К., Зверева М.Э., Зык Н.В. и др. В отличие от известных ингибиторов они блокируют только теломеразу, не действуя на другие ферменты, не связываются с ДНК с высокой константой ингибирования в низких концентрациях.

Известно, что 3-азидо-3'-дезокситимидин является ингибитором обратных транскриптаз, при действии которых клетки теряют бессмертие и погибают, но при этом должны исчезнуть белки p53 и pRb, участвовавшие в регуляции кле-

точного цикла ферментов репарации ДНК. Так как в теломере отсутствует цитидин, стало ясно, что его аналоги обладают свойством ингибиторов обратных транскриптаз, как например, 2', 3'-дидезоксицитидин. Это открыло возможность использовать в виде ингибиторов, помимо отличных от них низкомолекулярных соединений, алкилированные нуклеозиды и производные гуанина.

Матричная область hTTR является мишенью для антисмысловых нуклеотидов. До 2015 года не было работ, посвящённых применению нуклеотидов в качестве ингибиторов теломеразы, препятствующих ее взаимодействию с ДНК. Дезоксирибонуклеотид, содержащий 2',5'-аденилат применили с целью не только связать, но и расщепить матричный участок теломеразной РНК, вызвать апоптоз в глиоме шейки матки, раке простаты, мочевого пузыря и яичников в течение 4–5 дней. Таким образом, разработаны конструкции, способные селективно вызывать апоптоз.

Теломеразу можно ингибировать и антисмысловой последовательностью к матричному участку теломеразной РНК. Так, её ингибировали антисмысловой РНК, содержащей 185 нуклеотидов, она сократила теломеры в клетках HeLa за 23–26 клеточных делений и вызвала апоптоз. Также действуют и нуклеотидные мелкие молекулы, выделенные из *Streptomyces anulatus*, которые будучи антисмысловыми, связываются с рибозимом и разрушают мишень. Экспериментально продемонстрирована эффективность ингибирования теломеразы 13-ю нуклеотидами, имеющими тио-фосфороамидный остов и пальмитиновую кислоту на 5' последовательности TAGGTGTAAGCAA (Иметелстат). Природный нуклеозидный ингибитор теломеразной активности aTEL1296 влияет на экспрессию генов белков теломеразного комплекса. Это показано ещё в 2012-м году в диссертации кандидата биологических наук Д.Д. Жданова. Инфицирование карциномы шейки матки рекомбинированным вирусом подавляет экспрессию специфических белков и через 12 часов отмечается подавление синтеза ДНК, индукция белка p53 и других подобных белков и развивается типичная картина клеточного старения. Таким образом, сделана попытка блокировать сборку теломеразы введением гена-мутанта.

С раковыми клетками тяжело бороться, так как иммунная система организма их не опознаёт как чужеродные. Однако, при функционировании теломеразы в клетке фрагменты обратной транскриптазы экспонируются на поверхности клетки и могут служить мишенью для иммунного ответа. Установлен ряд пептидов (фрагментов белка hTERT), которые связываются с антигенами главного комплекса гистосовместимости, представленными на поверхности значительной доли лимфоцитов, в результате чего происходит специфическое усиление иммунных реакций против антигенного пептида.

Разработаны конструкции, селективно вызывающие апоптоз, сделана попытка проведения селективной радиационной терапии. После введения в клетки транспортёра норадреналина под промотором hTTR, злокачественные клетки стали избирательно накапливать радиоактивный мета-йодбензилгуанидин и погибать от радиационного повреждения.

Используя генную терапию, вводят ген-мутант искусственный, либо «суицидный» под промотором, который активен в раковых клетках. При этом была пока-

зана быстрая гибель клеток. В этом случае в клетках не идет гликолиз и не может начаться экспрессия 70-и раковых генов.

Возможно, в будущем вышеописанные ингибиторы будут использованы в терапии. Специалисты заранее предупреждают, что до создания новых препаратов, предстоит проделать еще очень большое количество работы. Продолжение следует.

Е.Е. Пищенко, Ю.В. Головашова, А.А. Гулак
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

There were distinguished 4 stages of breast cancer diagnosis, based on the literature studied. Preoperative (cytological); intraoperative (cytological and histological express methods); postoperative (planned histological examination); dispensary (cytological study of recurrence and palpable lymph nodes). Also there was described the sequence of diagnostic measures at each specific stage, and revealed their importance in detectability, therapy and final recovery after breast cancer.

Рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующую позицию среди онкологических заболеваний, выявляемых у женщин. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется 1 млн 70 тыс. новых случаев данной патологии [4;5]. В связи с этим, вопрос о разработке новых и усовершенствовании имеющихся методов диагностики РМЖ стоит достаточно остро.

Цель исследования – провести обзор литературы касательно современных методов диагностики РМЖ на всех стадиях заболевания, подробно останавливаясь на морфологических методах исследования.

Материалы и методы исследования

На первых этапах поступления в стационар проводится осмотр пациенток маммологом. При появлении подозрения на РМЖ направляют на скрининговую маммографию. Она позволяет обнаружить патологические очаги в паренхиме молочной железы (МЖ), дальнейшее уточнение их гистологической природы возможно с помощью УЗИ МЖ, пункционно – аспирационной биопсии с последующим цитологическим исследованием под контролем УЗИ, а в некоторых случаях и под контролем МРТ.

Подробнее остановимся на морфологической диагностике РМЖ. Ее этапы [2]:

1. Дооперационный (цитологический)
2. Интраоперационный (цитологический и гистологический экспресс методы)
3. Послеоперационный (плановое гистологическое исследование)
4. Диспансерный (цитологическое исследование рецидивов и пальпируемых лимфоузлов).

Дооперационный этап не всегда информативен. Часто встречаются ложно – отрицательные результаты, что обусловлено техническими трудностями, т. е. небольшим размером опухоли, ее глубоким расположением, образованием раковых

кист и т. д. При размере опухоли 1 см материал для биопсии получить практически не удастся, даже под контролем УЗИ. В таком случае целесообразно применить пункционную биопсию под руководством МРТ.

Высокодифференцированный инвазивный протоковый рак морфологически схож с пролиферирующим эпителием МЖ. Атипичные клетки располагаются группами. Клеточная популяция монотонна. Клетки имеют кубическую форму, небольшие и средние размеры. Ядерно-цитоплазматическое отношение смещено в сторону ядра, цитоплазма базофильна, окрашена неравномерно, полиморфизм ядер не выражен, иногда встречаются бинуклеарные клетки, редко встречаются ядрышки. Единичны «голые» ядра.

В случае невозможности дифференцировки прибегают к интраоперационному цитологическому и гистологическому исследованию, которые являются **вторым этапом** морфологической диагностики РМЖ. Гистологическое исследование, как правило, более точное, чем цитологическое. Выделяют несколько видов биопсий, в зависимости от методики ее проведения:

1. *Тонкоигольная аспирационная биопсия* – этот вид биопсии является наиболее часто встречаемым. Недостаток метода – невозможность получить данные о структуре новообразования, и, поэтому он не подходит для гистологического исследования, но информация о клеточном составе доступна. Проводится под контролем УЗИ, в более тяжелых случаях МРТ, при помощи одноразового шприца с иглой, которая вводится в исследуемые ткани и создает вакуум, при помощи которого получают взвесь клеток.

2. *Инцизионная биопсия*. Для исследования производят забор части органа. Наиболее востребованная её разновидность – это *трепан-биопсия*, осуществляющаяся с помощью толстой иглы специального биопсийного пистолета. Прибегнув к этому виду биопсии, получают данные для гистологического и иммуногистохимического исследования.

3. *Эксцизионная биопсия* – малое диагностическое вмешательство, в течение которой удаляется вся исследуемая опухоль. Используется для исследования подозрительных лимфатических узлов. Секторальную резекцию МЖ можно отнести к виду эксцизионной биопсии, когда она применяется в интраоперационном периоде для гистологического исследования подозрительных участков МЖ.

Биопсия является обязательным диагностическим методом при РМЖ, с помощью которого можно точно выставить диагноз и подобрать верную тактику лечения. Следующий шаг – гистологическое исследование полученного биоптата [1].

В настоящее время насчитывается около 21 типов РМЖ [6]. Выделяют наиболее часто встречаемые инвазивные и неинвазивные формы рака.

К *неинвазивным* формам рака относят:

- 1.1. Внутрипротоковый (угревидный)рак;
- 1.2. Внутрипротоковая карцинома с болезнью Педжета.
2. Лобулярная карцинома «*insitu*»

К *инвазивным* (инфильтрирующим) относят:

1.1 Инвазивный протоковый рак (в чистом виде или в сочетании с другими типами)

- 1.2 Инвазивная протоковая карцинома с болезнью Педжета

2. Инвазивный дольковый рак

На **этапе послеоперационной** комплексной диагностики (третий этап) проводят ежегодное наблюдение за пациентками. Первое комплексное контрольное исследование проводят примерно через 3- 3,5 месяца после операции, следующее – через 6 месяцев. Изучают толщину кожи в области ареолы и в неоперированных участках МЖ. При первом наблюдении отмечают асимметрию рисунка вследствие рубцовых изменений, а кожа МЖ утолщена в несколько раз. Так же в раннем послеоперационном периоде нередко выявляют отечность, гиперпигментацию, очаги гиперемии.

При дальнейшем наблюдении толщина кожи и плотность МЖ приближается к нормальной: исчезает отек, но в большинстве случаев наблюдается асимметрия за счет плотности тканей [3].

На **четвертом этапе** в условиях диспансера проводится контроль возможного рецидива и метастазов опухоли. Независимо от степени дифференцировки злокачественного новообразования МЖ выявляют следующие закономерности:

1. При малом размере опухоли с высокой степенью дифференцировки при осуществлении резекции менее 1 см от края новообразования частота локальных рецидивов составляет 10,5 % [8].

2. При более низкой степени дифференцировки злокачественного образования инвазия осуществляется в большей мере в подлежащую здоровую ткань, поэтому при расстоянии от опухоли до линии резекции менее 2 см по краю резекции обнаруживают опухолевые клетки, примерно, в 21 % случаев [7].

Результаты и их обсуждение

Морфологические методы исследования:

1. Дооперационный (цитологический)
2. Интраоперационный (цитологический и гистологический экспресс методы)
3. Послеоперационный (плановое гистологическое исследование)
4. Диспансерный (цитологическое исследование рецидивов и пальпируемых лимфоузлов).

Выводы

В настоящее время существует большой спектр методов исследования РМЖ (УЗИ, доплерографические методы, МРТ, морфологическая диагностика и т. д.), но несмотря на это РМЖ столь многообразен, что невозможно остановиться на одном из них. Для определения клинических проявлений, говорящих о малигнизации, используют комплексную диагностику, где один метод дополняет другой. Необходимо помнить о плюсах и минусах каждого метода, поэтому делают упор на сильные стороны каждого из них.

На сегодняшний день онкологи всего мира не пришли к единому алгоритму верификации РМЖ. В связи с этим клиницисты методом проб и ошибок, в зависимости от ситуации, а также возможностей онкологического центра используют различные методы диагностики.

Литература

1. Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации. Руководства для врачей общей практики (семейных врачей). 2015. 5с.

2. Афанасьева С.С. Особенности морфологической верификации в диагностике рака молочной железы. Саратовский научно – медицинский Журнал №2 (20) 2008, апрель – июль. 45–46 с.
3. Голов Л. Б. Этапы комплексной диагностики непальпируемых раков молочной железы // Лечащий врач. – 2013.
4. Мерабишвили В.М. Эпидемиология и выживаемость больных раком молочной железы. Вопросы онкологии. 2013.
5. Семиглазов В.Ф. Новые подходы к лечению рака молочной железы. Вопросы онкологии 2013.
6. Dieci M.V., Orvieto E, Dominici M, Conte P, Guarneri V. Rare Breast Cancer Subtypes: Histological, Molecular, and Clinical Peculiarities. Oncologist. 2014.
7. Intosh A., Freedman G., Eisendeg D. Recurrence rates and analysis of close or positive margins in patients treated without re- excision before radiation for breast cancer. Am J ClinOncol 2007; Apr.
8. Masdonald H., Silverstein M. J., Lee L.A. Margin width as the sole determinant of local recurrence after breast conservation in patients with ductal carcinoma in situ of the breast. Am J Surg 2006; Oct.

Ф.А. Струтинский, В.Н. Строкова

НОВАЯ ПАРАДИГМА КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Институт физиологии и санокреатологии
г. Кишинев, Молдова*

New paradigm for correction of the metabolic syndrome. In modern social and economic conditions, when the phenomenon of the metabolic syndrome acquired of total character, the need to develop a new paradigm for the prevention of metabolic syndrome built on psichonutritives algorithms, was actualized.

Вопросы здоровья и долголетия в наше время как никогда актуальны, вместе с тем необходимо отметить отсутствие государственной идеологии и программы по сохранению и укреплению здоровья. В законодательных документах продолжает доминировать взгляд на индивида как на объект приложения лечебных технологий, а не как на субъект, формирующий свое здоровье и отвечающий за него.

Одним из основных факторов, которые детерминируют метаболические процессы в организме, является питание. Несмотря на то, что наука о питании сегодня достигла значительных успехов, саногенный потенциал этого направления далеко не исчерпан. Анализ известных систем питания свидетельствует о том, что они не способны эффективно решать проблемы здоровья современного общества. По данным ВОЗ в конце XX века 80 % болезней обмена веществ вызваны диетическими факторами. По этой причине более 50 % населения в развитых странах имели избыточную массу тела, а около 30 % населения земного шара страдали от ожирения. Если в 1980 году в мире от ожирения страдали 857 миллионов человек, то в 2013 году – 2,1 миллиарда. К концу 2017 года в мире насчитывалось более 600 миллионов детей до 5-летнего возраста, страдающих ожирением. Это свиде-

тельствуется о том, что с каждым годом метаболические дисфункции имеют тенденцию не только к росту, но и к омоложению. Это является одной из ведущих причин широкого распространения среди населения заболеваний сердечно-сосудистой системы: атеросклероза, инфаркта миокарда, инсульта, гипертонической болезни; заболеваний желудочно-кишечного тракта, костно-суставной патологии, онкологии, диабета, повышенного риска развития преждевременной инвалидизации и сокращения продолжительности жизни людей. Сложившиеся меры и система профилактики метаболического синдрома оказались малоэффективными, требуют пересмотра и усовершенствования, поскольку они не способствуют сокращению распространения данного феномена.

Объяснение основной причины сложившейся ситуации только избыточным потреблением калорий несостоятельно. Ни одна система питания, направленная на коррекцию метаболического синдрома с помощью ограничения диеты, не привела к положительным результатам. Это ставит под сомнение правильность существующих стратегий по борьбе с метаболическим синдромом и укреплению здоровья.

Данный факт демонстрирует, что на проявление метаболического синдрома влияет не только суммарная калорийность рациона, но и структура его калорийности, а также метаболические особенности индивидуума.

Не менее проблематичным является вопрос общего подхода в питании, которое удовлетворяет индивидуальные потребности не более 26 % населения, у остальной же части вызывает побочные эффекты и метаболические дисфункции, так как не отвечает их индивидуальным особенностям и запросам.

Известно, что обмен веществ является генетически детерминированным, типичным для лиц конкретного типа метаболизма, имеет свои принципиальные отличия, а характер их проявления обусловлен диетологическими, физиологическими и психосоциальными факторами. Становится очевидным, что исправить сложившуюся ситуацию способна только система питания, учитывающая индивидуальные метаболические особенности личности.

Несмотря на тотальную проблему, современные системы профилактики метаболического синдрома уделяют недостаточно внимания психологическим методам, в то время как психологическое состояние человека определяет характер его питания, влияет на метаболизм, и, в конечном счете, определяет состояние его здоровья.

В условиях современного мира глобальной причиной синдрома метаболических нарушений является синдром когнитивного кризиса, который отражает неудовлетворительное когнитивное управление собственным здоровьем. Причина проблемы кроется не только в недостаточности или недоступности медицинского обслуживания, не только в слабости научно-технической базы и дефиците информации по сохранению и укреплению здоровья, но и в индивидуальных ценностных ориентирах современного человека.

Становится очевидным, что остро назрела проблема разработки системы профилактики метаболического синдрома, построенной на психонутритивных алгоритмах, учитывающих индивидуальные метаболические и морфофункциональные особенности человека. Невозможно корректировать метаболический синдром и управлять здоровьем без знаний об управлении метаболизмом.

Большинство хронических заболеваний имеют психосоматические корни, поэтому не представляется возможным эффективно управлять метаболизмом только нутритивными факторами без учета особенностей и потенциала психики личности. Задача алгоритмов управления синдромом когнитивного кризиса – это нейтрализация негативных психологических программ и поступков еще до того, как они проявят свои негативные стороны, влияя на метаболизм и здоровье. Наблюдения показывают, что пищевые потребности человека в основном определяются его психическим и эмоциональным состоянием, а не разумной целесообразностью. Это связано с тем, что пища является источником питательных веществ не только для физического организма, но и формирует эмоциональный потенциал психики, то есть меняет характер и придает силу эмоциям.

Учитывая сложность определения универсального критерия индивидуализации, конструктивным подходом решения этой проблемы представляется разработка индивидуально-типологической системы питания для коррекции метаболического синдрома в соответствии с психонутритивными алгоритмами, учитывающими метаболический тип личности, которые обеспечат прогресс, новизну и значительный успех в данном направлении. Прогнозы экспертов предполагают, что такой подход позволит удовлетворить более 70 % индивидуальных потребностей организма человека и существенно повысить эффективность системы питания.

Таким образом, индивидуально-типологическая система питания для коррекции метаболического синдрома исключает не только недостатки предыдущих систем, но и базируется на совершенно новых нутритивно-метаболических и психофизиологических принципах:

- a) индивидуально-типологической дифференциации типов метаболизма;
- b) учете алгоритмов оптимизации метаболизма;
- c) адекватности алиментарных факторов;
- d) особенностях доминирующих регуляторных механизмов в функционировании пищеварительной системы;
- e) управления алгоритмами коррекции синдрома когнитивного кризиса.

Коррекция метаболизма через призму индивидуализированного подхода и психонутритивных алгоритмов в соответствии с типом метаболизма дает возможность получить и расширить арсенал новых, эффективных методов сохранения и укрепления здоровья.

Л.В. Гарбуз, Г.В. Шавурова

**КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Психиатрическое отделение КП ГУ «БЦГБ»

Бендерский филиал РКВЭЖ

г. Бендеры, Приднестровье

Если показатели заболеваемости и в определенной мере болезненности связаны с выявляемостью, т. е. зависят в основном от уровня квалификации и ак-

тивности каждого врача в отдельности на своем участке, а поэтому их величина может в динамике варьировать, то частота инвалидности является более объективным показателем, так как в определении стойкой утраты трудоспособности участвуют большее число специалистов. Кроме того, первичный выход на инвалидность тесно связан с качеством оказания медицинской помощи, тогда как дальнейшая реабилитация инвалидов чаще всего зависят от возможности учреждений социального обеспечения, выполнения производственными предприятиями и учреждениями рекомендаций Комиссии врачебной экспертизы жизнедеятельности (КВЭЖ). Поэтому Комиссия врачебной экспертизы жизнедеятельности включает клинико-организационные проблемы и требуют тесной взаимосвязи медицинских, социальных, а, следовательно, широкого круга государственных ведомств и учреждений.

Частота первичного выхода на инвалидность по психическим заболеваниям, по нашим данным составляет 63 % случая на 100 тысяч населения; она коррелирует с общими данными ПМР (65 %).

1. Особенностью, психиатрического раздела Комиссии врачебная экспертиза жизнедеятельности у больных с психическими расстройствами является то, что психические заболевания своеобразно нарушают трудовые способности человека, поскольку у данного контингента больных как ни при какой патологии других систем, чаще всего нетрудоспособность обусловлена функциональными расстройствами психики без инструментально-объективизированных признаков органического поражения нервной ткани. Поскольку психиатрическая экспертиза оценивает изменения личности в целом, степень расстройств её социальных связей, мотивацией, целенаправленности деятельности, установок, врачи учитывают на любом этапе болезни не только клинический диагноз, а полный функциональный статус больного, имеющий прогностическое значение.

2. Из освидетельствованных нами больных за определенный период из числа рабочих и служащих преимущественно определена вторая группа инвалидности 95 % больных, тогда как первая группа определена 27 %. Эти показатели почти одинаковы как при первичном выходе на инвалидность, так и при переосвидетельствовании. В 2015г. – 39 %, 2016г. – 43 %, 2017г. – 50 %.

3. Среди первично освидетельствуемых преобладают страдающие шизофренией. Нами учитывается тип течения болезни, характер и степень выраженности ремиссии или дефекта в соотношении с профессией до болезни и предстоящей социально-трудовой перспективой. Однако этой категории больных все же чаще чем другим определяется вторая 97 % и первая 2,1, третья группу 1,8 %.

4. Второе место по частоте наличия стойкой утраты трудоспособности занимают лица, страдающие умственной отсталостью. Первая группа инвалидности, определяемая при глубокой умственной отсталости, составляет 2,6 %, вторая – при выраженной и умеренной умственной отсталости, мешающей возможности работать без специально созданных условий, – 94,5 %, и третья – при умеренной умственной отсталости, как правило осложненной поведенческими нарушениями – 3 %.

5. При экспертизе больных эпилепсией мы руководствуемся частотой припадков и их распределением во времени суток, уровнем интеллектуального снижения и степенью изменения личности с обязательным учетом выполнения работы. Среди освидетельствуемых данного контингента больных первая группа составляет

1,3 %, вторая – 95,2 %, третья – 3,5 %. Нами за последние годы отмечается некоторое снижение первичной инвалидности при эпилепсии, что по-видимому связано с более качественным амбулаторно-стационарному лечению и адекватными трудовыми рекомендациями на уровне врачебно-консультативных комиссий.

В случаях органического поражения головного мозга различной этиологии мы учитываем степень интеллектуальной недостаточности, выраженность и длительность других психических нарушений, частоту декомпенсаций.

Особенно трудно определить степень трудоспособности при неврозах и психопатиях. При затяжных невротических состояниях, декомпенсациях психопатий мы обычно продлеваем листок временной нетрудоспособности, реже определяем третью группу инвалидности. В случае невротического или психопатического развития личности определяем вторую группу.

Очень важно психотерапевтически готовить больного к представлению на КВЭЖ, т. е. своевременно проводить ценностно-ориентационную (переориентационную) психопедагогическую коррекцию в целях профилактически декомпенсации болезни, вследствие воздействия психогенного фактора – перехода на инвалидность.

Общеизвестна компенсирующая роль трудовой деятельности в профилактике не только нарастания дефекта, но и обострения болезни. Нам удается реабилитировать в разной степени около 5 % инвалидов. Однако не облегчает, а наоборот, с вводом частных форм организации производства, все более ограничено трудоустройство психически больных как по рекомендации ВКК, так и КВЭЖ. Продолжительная перспектива может быть при работе по патенту, аренде.

В республике до настоящего времени нет лечебно-трудовых мастерских при основных и дневных психиатрических стационарах. Нет специальных цехов. Все это наносит не только биосоциальный ущерб пациентам из-за затруднения проведения комплексных реабилитационных мероприятий медицинской службой, но отрицательно отражается и на общегосударственный экономический дефицит.

Таким образом, уровень инвалидности по психическим заболеваниям зависит не только от качества специализированной помощи, но и от всей системы социально-трудовых мероприятий по профилактике снижения трудоспособности, которые могут быть обеспечены при качественной межведомственной взаимосвязи, включающей общемедицинскую службу, органы социального обеспечения, производственную сферу, правовые и другие государственные учреждения.

Литература

1. Юрьева Л.Н. Шизофрения. – Киев, 2010.
2. Э. Фуллер Торри. Шизофрения. – СПб., 1997.
3. В.А. Карлов. Эпилепсия. – М., 1990.
4. М.В. Коробова. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. – СПб., 2005.
5. Методические рекомендации по экспертизе стойкой утрате жизнедеятельности. – Тирасполь, 2009.

С.Н. Андрус, Е.Е. Пищенко

РОЛЬ ДИСЦИПЛИНЫ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ» В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Кафедра анатомии и общей патологии ПГУ им. Т.Г. Шевченко

г. Тирасполь, Приднестровье

Вопросам образования в подготовке врачей – стоматологов уделяется в последнее время достаточно большое внимание, направленное на многогранное и полноценное формирование специалиста, ориентирующегося в вопросах не только своей, но и смежных специальностей. Патологическая анатомия является фундаментальной наукой в системе высшего медицинского образования. Дисциплина «Патологическая анатомия – патологическая анатомия головы и шеи» входит в основную общеобразовательную программу. Рабочая программа по данной дисциплине составлена с учетом Федерального Государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки «Стоматология», утвержденного Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации.

Целью освоения дисциплины «Патологическая анатомия – патологическая анатомия головы и шеи» является изучение структурных основ болезней с акцентом внимания на орофациальную патологию (патологию головы и шеи), для использования полученных знаний на клинических кафедрах и в работе врача – стоматолога общей практики. Патологическая анатомия широко использует современные достижения других медицинских и биологических наук, обобщая фактические данные биохимических, патофизиологических, морфологических, генетических, молекулярных и других методов исследования с целью установления структуры и функции клеток органов и систем при различных заболеваниях. Эта дисциплина охватывает широкий круг теоретических и прикладных вопросов, таких как общепатологические процессы, структурные основы синдромов и болезней, этиология, патогенез и морфогенез, нозология и диагноз, патоморфоз и ятрогении, критерии морфологической диагностики болезней. Таким образом, патологическая анатомия является одной из базовых дисциплин, которая тесно взаимосвязана с рядом дисциплин, таких как гистология, эмбриология, цитология; микробиология, вирусология; иммунология и патофизиология.

Задачами учебной дисциплины являются: изучение стереотипных общепатологических процессов, совокупностью которых определяются морфологические проявления конкретной болезни; ознакомление с этиопатогенетическими и морфологическими проявлениями болезней на разных этапах развития с акцентом внимания на орофациальную патологию; рассмотрение структурных основ выздоровления, морфологических аспектов и механизмов процессов компенсации и приспособления организма в ответ на воздействие патогенных факторов и изменяющихся условий окружающей среды; изучение патоморфоза болезней, возникающего в связи с меняющимися условиями жизни человека и лечением.

Изучение курса дисциплины «патологическая анатомия – патологическая анатомия головы и шеи» включает три раздела, связанных единством целей, задач и требований:

Общую патологическую анатомию – доклиническую теоретическую медико – биологическую дисциплину, в которой излагаются патология клетки и общепатологические процессы, лежащие в основе всех заболеваний;

Частную патологическую анатомию – клиническую дисциплину, изучающую структурные основы болезней, в которой посмертно и прижизненно изучаются этиология, пато- и танатогенез, морфологическая характеристика отдельных болезней (нозологическая патологическая анатомия);

Патологическая анатомия головы челюстно – лицевой области – клиническую дисциплину, изучающую морфологические основы болезней орофациальной области, их причины, патогенез, осложнения, исходы.

При организации учебного процесса в первую очередь учитывается оптимальное сочетание теоретической подготовки студентов и освоение ими практических навыков. Большая часть времени на практических занятиях отводится рассмотрению теоретических вопросов. Практическая часть занятий предусматривает изучение макро- и микропрепаратов по соответствующей теме. Разработанный алгоритм описания структурных изменений органов и тканей при различной нозологии, позволяет студенту грамотно и логично охарактеризовать препарат, выделяя ключевые диагностические признаки, сочетание которых позволяет сделать обоснованное клинико-морфологическое заключение. Также на практическом занятии используются тестовые задания и ситуационные задачи, способствующие формированию навыков клинико-анатомического анализа у будущих врачей-стоматологов. Контрольные вопросы для практических занятий и самостоятельной работы являются базовыми вопросами итоговых занятий по основным разделам данной дисциплины, с учетом особенностей патологических состояний и заболеваний зубочелюстной системы, а также клинико-морфологическую диагностику вторичных изменений в орофациальной области при различных заболеваниях.

Изучая дисциплину «Патологическая анатомия – патологическая анатомия головы и шеи» студенты осваивают следующие компетенции, такие как проведение опроса с физикальным осмотром, клинического обследования, с последующей интерпретацией результатов современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, оформление медицинских карт амбулаторного и стационарного больного. Сформированные умения, позволяют обосновывать характер патологического процесса и его клинические проявления, принципы патогенетической терапии наиболее распространённых заболеваний, в частности стоматологических. Осваиваются навыки клинико – анатомического анализа с целью логического построения медицинского заключения (диагноза) и выработки профессиональной тактики в различных клинических ситуациях.

Учитывая все выше изложенное, изучение дисциплины «Патологическая анатомия – патологическая анатомия головы и шеи» является теоретической базой, необходимой для изучения клинических дисциплин (общая хирургия, инфекционные болезни, фтизиатрия, внутренние болезни, челюстно – лицевая хирургия и т. д.), а так же возможность использования полученных знаний в практической работе врача – стоматолога.

Литература:

1. Федеральный Государственный образовательный стандарт высшего образования подготовки 31.05.03 «Стоматология».
2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 96 от 09.02.2016 года.
3. <http://window.edu.ru/window/library>
4. <http://www.medlit.ru>.

Д.А. Толстенко

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРЫС

Институт Физиологии и Санокреатологии
г. Кишинев, Молдова

The devastating situation of the metabolic imbalance tendency has led to the need to elucidate the food rations influence with different structure on the content of free amino acids in the serum. The experiment was performed on 20 mature rats that were fed with different food rations. Following the experiment, it was determined that the amino acids content in the serum depends on: the structural components of food rations and the state of animal metabolism. The more pronounced deregulations of systemic metabolism and homeostasis have been determined in the rats of the high-fat food diet group.

Многочисленные исследовательские труды в области физиологии и санокреатологии, посвященные изучению механизмов формирования и поддержания здорового физиологического статуса организма человека [2, 3, 4, 5, 6, 7], осуществляющиеся в нашем институте, являются важнейшим вкладом в отечественную научную деятельность. Важную роль играет использование данных о содержании спектра свободных аминокислот в биологических жидкостях, в частности, в сыворотке крови, в качестве маркеров оценки морфофункционального состояния организма [1].

Цель данного исследования заключается в определении влияния пищевых рационов с различной структурой пластических питательных веществ на содержание свободных аминокислот у половозрелых белых лабораторных крыс.

Материалы и методы

Исследованный эксперимент проводился на 20-ти половозрелых самцах белых крыс (в возрасте 9 месяцев), линии Вистар, с начальным весом 325–442 г. Эксперимент был осуществлен в соответствии с Директивой 2010/63 / ЕС от 22 сентября 2010 года об охране животных, используемых в экспериментальных научных целях [9].

Животные содержались в стандартных условиях вивария по 5 особей в клетке при естественном световом режиме, имели свободный доступ к воде и пищевым рационам с различной структурой пластических питательных веществ. Кормление животных проводилось в соответствии со стандартными рекомендациями, разработанными для лабораторных крыс (Лоскутов З.Ф., 1980). Животные были распределены на три экспериментальные группы, которые получали соответственно 3 ра-

циона питания: обогащенные белками (для I группы), углеводами (для II группы) и жирами (для III группы). Контролем служила отдельная группа крыс получавшая сбалансированное количество питательных веществ. Длительность эксперимента составляла 60 дней.

Анализ свободных аминокислот и конечных продуктов азотистого обмена в сыворотке крови экспериментальных животных проводили методом ионообменной хроматографии на анализаторе аминокислот AAA-339 (Praga, CzechRepublic). Статистический анализ результатов проводился в соответствии с t-критерием Стьюдента.

Результаты и обсуждения

Свободные аминокислоты (САК) являются универсальными регуляторами метаболизма и жизнедеятельности всего организма [2]. В ходе анализа полученных данных было установлено, что содержание аспарагина в сыворотке крови достоверно выше (в 1,5 раза) в III группе, получавшей рацион питания, богатый жирами, по сравнению с контролем. Согласно литературным данным этот показатель свидетельствует о более высоком уровне интоксикации организма у крыс III группы.

Количественное содержание отдельных САК в сыворотке крови крыс различных групп в нашем эксперименте, может свидетельствовать о структурной специфике разных рационов питания, что может приводить к различным нарушениям обменных процессов экспериментальных крыс.

Так, картина расстройств метаболизма липидов у крыс III группы, получавших рацион питания богатый жирами, характеризуется низким уровнем содержания таурина (в 1,5 раза) по сравнению как с контрольной группой, так и у крыс других групп.. Анализируя суммарную концентрацию серосодержащих АК, можно отметить самую низкую концентрацию в III-ей экспериментальной группе, что также говорит об обширных нарушениях метаболических процессов в организме животных, учитывая уникальную роль данной группы аминокислот в обменных процессах [1].

Анализ суммарных концентраций различных функциональных групп САК выявил тенденцию снижения содержания кетогенных аминокислот в I ($43,98 \pm 5,37$ мкМ / 100 мл), II-ой ($30,58 \pm 1,63$ мкМ / 100 мл) и III-ей ($26,59 \pm 4,84$ мкМ / 100 мл) группах по сравнению с контрольной группой ($48,88 \pm 6,45$ мкМ / 100 мл). Минимальное количество кетогенных САК отмечено с высокой достоверностью ($p \leq 0,01$), в группе крыс, потребляющих рацион, богатый липидами – $26,59 \pm 4,84$ мкМ / 100 мл. Это способствует повышенному формированию кетонных тел в организме животных, что объясняет наличие интенсивного ацетонового запаха у крыс III-ей экспериментальной группы.

Анализ содержания незаменимых аминокислот показывает высоко достоверные различия ($p \leq 0,01$) по данному показателю между экспериментальными II-ой и III-ей группами по сравнению с группой крыс, получавших сбалансированный рацион питания ($91,05 \pm 7,35$ мкМ / 100 мл): минимальные значения отмечены у крыс III-ей группы крыс, получавшей рацион, богатый липидами ($56,23 \pm 9,98$ мкМ / 100 мл).

Анализ суммарного соотношения заменимых и незаменимых аминокислот выявил что этот коэффициент имел минимальные значения так же в III группе крыс ($0,41 \pm 0,09$), что меньше нормы, принятой в литературных данных (0,55).

С другой стороны, суммарное содержание заменимых аминокислот в сыворотке крови, имеет тенденцию оставаться неизменным во всех четырех группах животных, что, возможно, определяется способностью организма адаптироваться к различной структуре пищевых рационов.

Суммарная концентрация протеиногенных аминокислот была снижена во всех экспериментальных группах (в I $202,36 \pm 28,83$ мкМ / 100 мл, II $(204,23 \pm 11,78$ мкМ / 100 мл и III $194,67 \pm 29,51$ мкМ / 100 мл) по сравнению с контрольной группой ($229,14 \pm 13,46$ мкМ / 100 мл). Зная, что протеиногенные аминокислоты участвуют в синтезе эндогенных белков в организме, а отсутствие какой-либо аминокислоты в структуре белка приводит к нарушению его функционирования, можно говорить о наличии более выраженных расстройств метаболизма и гомеостаза у крыс III группы и менее выраженных у крыс I и II-ой групп.

Дополнительными показателями функционирования организма служат значения вспомогательных индексов сыворотки крови. Так, минимальное значение индекса *Фишера* наблюдалось в III группе по сравнению с контролем (снижено в 1,12 раз), что указывает на функциональный дисбаланс печени у животных в этой группе. При вскрытии у всех крыс этой группы были выявлены морфологические изменения строения печени, свидетельствующие о начальной стадии липидной дистрофии.

Повышенное значение индекса *P*, определяющего функциональное состояние поджелудочной железы, было обнаружено у крыс III группы (1.60 ± 0.43), что свидетельствует о возможной поджелудочной недостаточности.

Соотношение *тормозных и возбуждающих аминокислот* может служить источником информации о статусе доминирующих нервных процессов в ЦНС. Это соотношение выше в 1,5 раза в сыворотке крови крыс II-ой группы по сравнению с крысами контрольной группы, что в определенной мере отражает преобладание тормозных нейрофизиологических процессов в мозге, а минимальное значение этого показателя было выявлено в контрольной группе ($2,38 \pm 0,23$).

Кроме того, этот параметр согласно данным литературы, в определенной степени отражает и функциональное состояние щитовидной железы, активность которой прямо пропорционально доминирующему ингибирующему нервному состоянию [8]. Это позволяет сделать предположение о возможном нарушении функционирования щитовидной железы у крыс II-ой экспериментальной группы.

Функциональный статус щитовидной железы также проявляется в значении индекса *тирозин / фенилаланин*. Его минимальное значение (в 1,12 раз ниже, чем в группе контроля) было выявлено во II-ой группе крыс, что также говорит о низкой функциональной активности щитовидной железы в условиях высокоуглеводного рациона питания.

Выводы

Несбалансированный рацион питания приводит к обширным метаболическим нарушениям многофункционального характера.

Высоко-жировой рацион питания вызывает наиболее выраженные деструктивные поражения морфофункционального характера печени.

Высоко-углеводный рацион питания крыс имеет более выраженное влияние на функциональное состояние ЦНС и щитовидной железы.

Библиография

1. Чокинэ В.К., Гараева С.Н., Невоя А.В., Гараева О.И., Серосодержащие аминокислоты в диагностике, целенаправленном поддержании и формировании здоровья, в Buletinul AȘM. Științevieții. Nr. 3 (315) 2011.
2. Бешета Т.С., ГеоргиуЗ.Б.Фурдуй Ф. И., Чокинэ В. К., Фурдуй В. Ф., Вуду Л. Ф., и др. Предпосылки и основные положения санокреатологической теории питания человека. I. Анализ современных теорий и систем питания человека с позиции санократологии. ÎnBuletinulAcademieideȘtiințeaMoldovei. Științevieții, 2010, nr. 3, p. 4–20.
3. Фурдуй Ф. И., Чокинэ В. К., Фурдуй В. Ф., Вуду Л. Ф., и др. Предпосылки и основные положения санокреатологической теории питания человека. II. Постулаты санокреатологической теории питания. ÎnBuletinulAcademieideȘtiințeaMoldovei. Științevieții 2011, nr. 1, p. 4–14.
4. Фурдуй Ф. И., Чокинэ В. К., Фурдуй В. Ф., Вуду Л. Ф., и др. Предпосылки и основные положения санокреатологической теории питания человека. III. Санокреатологическая теория питания человека. ÎnBuletinulAcademieideȘtiințeaMoldovei. Științevieții 2011, nr. 2, p. 15–19.
5. Фурдуй. Ф. И., Шептитский В. А., Чебан Л.Н. О возможности направленного влияния с помощью диетических факторов на становлении специфики функционирования системы активного транспорта глюкозы в тонкой кишке в раннем постнатальном онтогенезе. ÎnBuletinulAcademieideȘtiințeaMoldovei. Științevieții 2014, nr. 3, p. 39–47.
6. Гараева С. Н., Редкозубова Г. В, Постолати Г. В. Аминокислоты в живом организме. Кишинев 2009, стр. 14.
7. ФУРДУЙ Ф.И., ЧОКИНЭ В.К., ФУРДУЙ В.Ф. и др. Трактат о научных и практических основах санокреатологии. 2016. Том 1. Кишинэу. 2016
8. Lorina F. Vudu. Particularitățilemetabolismuluiaminoacizilor la pacienții cu hipotiroidie. Buletin AȘM.
9. http://www.bio.msu.ru/res/DOC365/Dir_2010_63_Rus-LASA.pdf
10. (посещенный 1 ноября 2018).

А.В. Фус, И.М. Чекан

КЛИНИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ ПОЛИПАТИЯХ

ГУ «ТКЦАПП» поликлиника №1 отделение общей врачебной практики

СВА с. Суклеи

г. Тирасполь, Приднестровье

Polypathies today have a significant negative impact on the adaptive capabilities of patients. A comprehensive interdisciplinary interactive approach allows the doctor to more effectively address issues of diagnosis and treatment of patients with polypathies.

Актуальность проблемы: особенностью современного общества являются увеличение числа лиц пожилого возраста на фоне увеличения средней продолжительности жизни, нарастание психо – социального стресса, малоподвижный образ жизни при развивающихся технологиях и надвигающаяся эпидемия ожирения,

сахарного диабета. С увеличением продолжительности жизни населения на современном этапе растет число пациентов с множеством заболеваний (полипатии).

Цель исследования: совершенствование оказания первичной медицинской помощи пациентам с полипатиями и разработка профилактических мер уменьшения риска развития полипатий у населения. Для анализа пациентов с полипатиями разработана карта индивидуального обследования пациента. Бытует мнение, что возраст человека является основным условием полиморбидности. Однако сроки начала заболеваний, формирующих синдромы полиморбидности и их хронизация приходятся на молодой (30–45 лет) и средний (46–60 лет) возраст, а результат их суммарного накопления, период яркой клинической «демонстрации», начинает проявлять себя, соответственно, в пожилом возрасте (61–75 лет), а дальнейшие прожитые годы лишь добавляют количество болезней. [1]. При полипатиях могут сочетаться разные нозологии, но чаще всего встречается комбинация артериальной гипертензии с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), дыхательной системы (ДС) или мочевыделительной системы (МВС). Изучая проблему полипатий, авторы отмечают не только наиболее частые сочетания нозологий, но и взаимное влияние друг на друга и прогрессирование заболеваний. Чем больше хронических заболеваний наблюдается у пациента, тем выше вероятность возникновения у него функциональных ограничений и снижения качества его жизни. При этом качество жизни зачастую снижается сильнее, чем можно было бы ожидать, исходя из характеристик каждого наблюдающегося у пациента заболевания, взятого отдельно. Этот момент необходимо учитывать при назначении лечения больным с полипатиями, таких пациентов нужно лечить комплексно, воздействуя на все имеющиеся заболевания одновременно, а не каждое отдельное заболевание, не вызывая полипрагмазию.

В.П. Пузырев и М.Б. Фрейдин в научной статье утверждают, что совместное протекание болезней чаще встречается у женщин, чем у мужчин во всех возрастных группах, и в развитии полипатий существенную роль играют наследственные факторы (гены) [2]. Что касается сходства патогенеза коморбидных заболеваний, то его фундаментальной основой, по мнению Ширинского В.С., является наличие универсальных сетевых процессов, происходящих на геномном и молекулярном уровнях, изменение которых может приводить к поражению различных органов мишеней. Следует сказать, что метаболические сети – это группы физически взаимодействующих белков, углеводов, липидов и др., которые функционируют совместно и координировано, контролируя взаимосвязанные процессы в организме. Комплексные сети могут быть представлены в виде совокупности узлов, связанных друг с другом. Причем удаление 5 % узлов приводит к распаду сети. Общим свойством результатов вмешательств на такие узловые элементы при использовании агонистов или антагонистов является плейотропное действие (противовоспалительное, иммуномодулирующее, антиангиогенное, противоостеопоретическое и др.), приводящее к формированию клинического эффекта не только основного, но и сопутствующих заболеваний. [3].

Занимаясь проблемой полипатий в ПМР, в течении 2017 года были заполнены и проанализированы 95 карт больных с полипатиями. Сочетанное поражение органов и систем у пациентов варьировало, но также, как и в исследованиях российских авторов, прослеживалась тенденция к более частому поражению при полипатиях

сердечно-сосудистой системы. Отмечено сочетание наиболее часто встречающихся патологий при полипатий: сердечно-сосудистой системы (ж – 82 %, м – 44 %), желудочно-кишечного тракта (ж – 61 %, м – 28 %), дыхательной системы (ж – 71 %, м – 25 %). Отмечается ухудшение состояния пациента при обострении одного из заболеваний, проявляющееся в нарастании функциональных классов недостаточности систем организма, участвующих в патогенезе данных заболеваний. При назначении комплексного лечения, учитывающего действия препаратов на сопутствующие заболевания, достижение компенсации и состояния ремиссии происходило в более ранние сроки, при сравнении с предыдущими курсами лечения, назначенными узкими специалистами по поводу обострения одного из заболеваний.

Выводы:

1. Комплексный междисциплинарный интерактивный подход позволяет более эффективно решать вопросы диагностики и лечения больных с полипатиями.
2. Коморбидные заболевания нацеливают врача, ученого на персонифицированный, а не на «болезнь ориентированный» подход к профилактике, диагностике, лечению и прогнозу хронических неинфекционных заболеваний человека.
3. С целью улучшения оказания медицинской помощи больным с полипатиями и предотвращения полипрагмазии практическим врачам необходимо оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре статуса их пациентов путем общепризнанных методов измерения коморбидности (индексов коморбидности Каплана–Фенштейна).

Литература

1. Лабезник Л.Б. Старение и полиморбидность. «Новости медицины и фармации» 2(233), 2008.
2. Пузырев В.П., Фрейдин М.Б. Гетический взгляд на феномен сочетанных заболеваний человека. Журнал АСТА NATURAE. С. 57–63, 2009.
3. Ширинский В.С., Ширинский И. В. Коморбидные состояния актуальная проблема клинической медицины Сибирский медицинский журнал. 2014. С. 7–12.